

נספח רעידת אדמה

נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מטופס ההצעה לביטוח חדש או לחידוש בביטוח הדירה

א. פרטי המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	ת.ז.	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה
מספר טלפון	מספר נייד	דוא"ל		
כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד

ב. פרטי הפוליסה

מס' פוליסה	תוקף הפוליסה
מתאריך	עד תאריך

בקשה להוספת כיסוי / לשינוי כיסוי רעידת אדמה בפוליסת ביטוח דירה

ידוע לי כי זכותי לוותר על כיסוי זה ו/או לבחור את גובה ההשתתפות העצמית בכפוף לתקנה 5 א' לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאי חוזה לביטוח דירות ותכולתן), תשמ"ו 1986, בכל הנוגע לכיסוי נזקי רעידת אדמה.

אבקש לשנות כיסוי רעידת אדמה לפי בחירתי בפוליסה הנ"ל, החל מתאריך

ג. פרטי הכיסוי המבוקש (סמן בחירתך):

הוספת כיסוי לרעידת אדמה	
הוספת כיסוי לרעידת אדמה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	*שיעור השתתפות עצמית <input type="checkbox"/> 10%, <input type="checkbox"/> 4.2%, <input type="checkbox"/> 2%
<input type="checkbox"/> מבנה הדירה <input type="checkbox"/> תכולת הדירה <input type="checkbox"/> מבנה ותכולת הדירה	

ביטול הכיסוי לרעידת אדמה	
ביטול הכיסוי לרעידת אדמה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הבהרה: הפוליסה לא תכסה נזקים שסיבתם רעידת אדמה
<input type="checkbox"/> מבנה הדירה <input type="checkbox"/> תכולת הדירה <input type="checkbox"/> מבנה ותכולת הדירה	

הקטנת שיעור השתתפות העצמית	
הקטנת שיעור השתתפות העצמית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	*שיעור השתתפות עצמית <input type="checkbox"/> 4.2%, <input type="checkbox"/> 2%
<input type="checkbox"/> מבנה הדירה <input type="checkbox"/> תכולת הדירה <input type="checkbox"/> מבנה ותכולת הדירה	
הבהרה: *בהעדר כל הוראה אחרת, תכסה הפוליסה נזקי רעידת אדמה למבנה ו/או לתכולת הדירה בשיעור השתתפות עצמית של 10% מסכום הביטוח	

*שיעורי תעריף ושיעורי השתתפות עצמית בכיסוי רעידת אדמה:

שיעור הפרמיה מסכום הביטוח		
שיעור השתתפות עצמית	תכנית א' "הכלל הראשון"	תכנית ב' "מטריה"
10%	0.15%	0.14%
4.2%	0.29%	0.23%
2%	0.35%	0.28%

נספח זה ייחתם אך ורק בידי המבוטח

שם המבוטח	חתימת המבוטח	תאריך
-----------	--------------	-------