



מספר מבטח/לקוח
מספר סוכן

בקשה לעריכת פוליסה/ות לביטוח בקר ברפתות Livestock

(מהדורת ינואר 2014)

לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי מדויק של הפרטים המבוקשים בכל השאלות שבטופס בהתאם לעניין.

אי-דיוק בפרטים עשוי להיחשב כאי-עמידה בחובת הגילוי על-פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.
 בקשה זו מהווה חלק בלתי נפרד מ"פוליסה לביטוח בקר ברפתות" מהדורת ינואר 2014 של המבטח, כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לאלו האמורים בפוליסה זו, אלא אם נרשם במפורש אחרת בדף הרשימה.

א. פרטי המבוטח ותקופת הביטוח

שם המבוטח	מספר זיהוי/תאגיד	תקופת הביטוח	מתאריך	עד תאריך (בחצות)
כתובת המבוטח	מיקוד			
פרטי האחראי לתאום	שם מלא	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	
	מספר פקס	כתובת דואר אלקטרוני	@	

ב. נתונים לביטוח

מיקום הרפת, המפטמה ומכון החליבה: _____

האם הרפת משותפת? כן לא שם התאגיד _____ מספר ח"פ _____

ס"ה דמי-ביטוח	דמי-ביטוח לראש במסלול השתתפות עצמית		סוג הבקר	
	גבוהה <input type="radio"/>	נמוכה <input type="radio"/>		
	16 ש"ח	25 ש"ח	מספר ראשים _____ X ←	פרות, מבכירות ועגלות בהיריון <input type="radio"/>
	10 ש"ח	16 ש"ח	מספר ראשים _____ X ←	עגלות לא בהיריון <input type="radio"/>
	18 ש"ח	31 ש"ח	מספר ראשים _____ X ←	עגלים שחור-לבן <input type="radio"/>
	28 ש"ח	48 ש"ח	מספר ראשים _____ X ←	עגלי ייבוא <input type="radio"/>
	28,000 ש"ח	22,500 ש"ח	לאירוע	השתתפות עצמית
	6.5%	8%	אחוז מצטבר שנתי ⁽¹⁾	
סה"כ דמי-ביטוח לפני הנחות				
			<input type="radio"/> 20% הנחה	<input type="radio"/> ביטול כיסוי גניבה (סעיף 3.2 לפוליסה)
סה"כ דמי-ביטוח לאחר הנחות - מינימום 800 ש"ח				

הגנות מפני גניבה: _____

הכיסוי הביטוחי נגד גניבה מותנה באישור המבטח (כאמור בסעיף 8.6 לפוליסה) לפני התחלת הכיסוי הביטוחי שההגנות ברפת ובסביבתה מספקות ועשוי להיות כפוף לסקר מיגונים במקום. למען הסר ספק, הכיסוי ייכנס לתוקף רק לאחר קבלת אישור בכתב של המבטח למבוטח !!!

ג. תביעות קודמות (השאלות שלהלן הן מהותיות ועליך לדייק ולמלא כל פרט!!)

האם חברת ביטוח כלשהי ביטלה/הפסיקה או סירבה לקבל ממך ביטוח דומה? לא כן, פרט: _____

נא פרט את כל אירועי הביטוח והנזקים במשך 3 השנים האחרונות שאירעו ברפת בין אם היית מבוטח ובין אם לאו. פרט: _____

ד. הכיסוי והפיצוי - גניבה, תמותה ו/או שחיתת דחק מכל סיבה שלא הוחרגה בפוליסה

הפיצוי לראש יהיה על-פי דף כחול עדכני ליום התחלת האירוע, ולא יותר מ-\$4,250 לראש. פיצוי למבכירות ופרות עד גיל 12 לפי ערכן בגיל 24 חודשים. פיצוי לפרות מעל גיל 12 לפי ערכן כבשר. עגלים שחור-לבן ועגלות לפי גילם ומספר ימי היריון (עגלים יחושבו עד גיל מרבי של 15 חודשים). עגלי-יבוא - לפי מחיר רכישה (אך לא יותר מ-50% מעבר לשווים על-פי דף כחול עדכני ליום הרכישה) בתוספת ימי כלכלה על-פי דף כחול, אולם לא יותר מגיל של 15 חודשים. אם בוטחו כעגלים רגילים יהיה הפיצוי כאמור לעיל לגבי עגלים שחור-לבן. גבול אחריות מרבי לאירוע ולכל תקופת הביטוח - 6,000,000 ש"ח.

השתתפות עצמית מצטברת

(1) סך-כל סכום ההשתתפות העצמית אשר ישולם בגין נזקים מצטברים, לתקופת הביטוח, לא יעלה על האחוז המצטבר השנתי, הרשום בטבלה, מערך העדר. לצורך חישוב ערך העדר, לעניין חישוב ההשתתפות העצמית, יילקחו בחשבון ערכי עגלות בהיריון, מבכירות ופרות לפי ערך פרה בגיל 24 חודשים. ערכי עגלים ועגלות לפי גיל שנה.

במקרה של שינויים עד 20% בערך ממצבת העדר במהלך תקופת הביטוח, יילקח בחשבון ערך העדר במועד התחלת הביטוח. אם השינויים גדולים מכך, יחושבו נזקים מצטברים לפי ממוצע ערכי המצבת ב-15 בכל חודש, כאשר הסכום המזערי לחישוב ערך העדר לא יפחת מ-70% מערכו במועד התחלת הביטוח.

פיצוי נוסף במקרה של אירוע מכוסה בגין אבדן תפוקת חלב

תוספת פיצוי של 800 ש"ח לכל תמותת פרה חולבת מכוסה בפוליסה זו מעבר לתמותה של 10% פרות חולבות מכלל הפרות החולבות בעדר המבוטח במשך תקופה של 60 ימים, שתכסה את אבדן תפוקת החלב.

מבוטחים אך ורק בקר בעל תעודות זהות ומספרי אוזן ועגלים שתעודת השיוך שלהם נמצאת בידי המבוטח!!!
יש לבטח את כל העדר כדי להימנע מביטוח חסר (תת-ביטוח)!!!

למען הסר ספק: מבנים, ציוד ומערכות הספקה אינם מכוסים במסגרת פוליסה זו.

אפשר לקבל הצעות לביטוח רכוש הרפת, צד שלישי וחבות מעבידים בנפרד באמצעות פנייה למבטח.

תנאים מיוחדים

- הפיצוי מותנה בהבאת הפגרים למתקן כילוי מסודר.
- הכיסוי לנזקים כתוצאה מבוטוליזם מכוסה אך ורק אם בוצעו כל החיסונים במועד, על-פי פרוטוקול "החקלאית אגודה שיתופית".
- תמותת עגלות ועגלים עד גיל 7 ימים כולל, אינה מכוסה.
- הכיסוי הביטוחי לנזק כתוצאה ממחלות ומגפות ייכנס לתוקפו רק לאחר קבלת דוח הווטרינר (מצ"ב) ממולא וחתום על-ידי הווטרינר המטפל ולאחר קבלת אישור המבטח בכתב. הכיסוי מותנה בטיפול שוטף של וטרינר בכל תקופת הביטוח.
- לגבי עגלים מייבוא: מותנה באישור וטרינר (כנזכר לעיל) לגבי בדיקה וטרינרית, שבוצעה לכל המוקדם 7 ימים לאחר מועד הגעתם לישראל. כן, נזק לעגלים מייבוא, עד 90 ימים ממועד הגעתם לישראל, כתוצאה מנזקי הובלה, קדחת הובלה, חבלות בגפיים ודלקות בדרכי הנשימה - אינו מכוסה.
- למען הסר ספק - מקרי מחלה/מגיפה ייחשבו כאירוע ביטוחי אחד, הנמשך עד 90 ימים רצופים (במקרה של שלשולים ו/או דלקות בדרכי הנשימה - עד 30 ימים רצופים).
- אין כיסוי לנזק בזדון או לרשלנות קיצונית שנגרמו על-ידי המבוטח או מי מטעמו.
- מתגמולי הביטוח ינוכה כל סכום ששולם/ישולם על-ידי גורם כלשהו בגין מקרה הביטוח.

ה. אישור הווטרינר המטפל

שם הרופא המטפל	מספר רישיון
כתובת	מספר טלפון
<p>1. אני מאשר בזאת שעדר הבקר ברפת של המבוטח ביישוב _____ מטופל על-ידי באופן שוטף ורצוף.</p> <p>2. כן, אני מאשר שמצבת העדר היא כמפורט לעיל בסעיף ב - נתונים לביטוח.</p> <p>3. כן, אני מאשר שבדקתי את העדר ולפי מיטב ידיעתי מצב הבריאות בעדר תקין. אין ולא היו בעיות רפואיות מיוחדות בשנה האחרונה (למעט המפורט בהערות להלן).</p> <p>4. לא ידוע לי על מחלות/מגיפות מדבקות בעדרים סמוכים העלולים להוות סכנה לעדר הנ"ל.</p> <p>5. כן, אני מאשר שהממשק ברפת מתאים לגידול ומוחזק בהתאם להוראות והנחיות השירותים הווטרינריים.</p> <p>הערות: _____</p>	
תאריך	שם הווטרינר המטפל
חתימה	חתימה

ו. הצהרת הלקוח

אני מבקש לערוך ביטוח על-פי הנתונים, התנאים, גבולות האחריות וההשתתפות העצמית המפורטים לעיל. כן, אני מצהיר שהמידע שנמסר על-פי הצעה זו הוא מלא ולא העלמנו כל ידיעה ו/או פרט העלולים להשפיע על החברה לקבל את הביטוח או לקבוע את תנאיו. בקשה זו תשמש בסיס לפוליסה ותהווה חלק בלתי נפרד ממנה. התנאים הקובעים יהיו תנאי הפוליסה לביטוח בקר ברפת, של המבטח, התקפה ליום התחלת הביטוח. ידוע לי שהפרטים שמסרתי בנוגע למיקום העדר, גודלו, המיגונים ואירועים קודמים שקרו במשך 3 השנים האחרונות - הם מהותיים לצורך קבלת העדר לביטוח ואין המבטח חייב בתגמולי ביטוח חלקיים או מלאים - אם הפרטים, במלואם או בחלקם, לא נמסרו ו/או הם בלתי מדויקים.

שמות החותמים ותפקידם:

שם _____	תפקיד _____	חתימה וחותמת _____
שם _____	תפקיד _____	חתימה וחותמת _____
תאריך _____		