

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה
 תאריך תחילת ביטוח מבוקש
 ____/____/_____
 מהדורת ספטמבר 2018

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						נ □ ז □
מועמד שני						נ □ ז □
ילד 1						נ □ ז □
ילד 2						נ □ ז □
ילד 3						נ □ ז □
ילד 4						נ □ ז □
עיסוק	טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)		_____@_____				
מועמד שני		_____@_____				

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

מועמד ראשון	מועמד שני	אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה		
מספר/ת"ד	ישוב	מיקוד
רחוב	מספר/ת"ד	מיקוד
כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)	מספר/ת"ד	מיקוד
ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454		
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)		
מועמד ראשון □ כן □ לא, מועמד שני □ כן □ לא, ילד מגיל 18 □ כן □ לא		

פרטי מוטבים

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים היורשים החוקיים על פי דין.

הוצאות רפואיות וכתבי שירות

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
1. ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. תרופות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נספח ייעוצים ובדיקות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. נספח שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. כתב שירות אבחון ישיר (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. כתב שירות רופא און-ליין (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. כתב שירות ליווי אישי פלוס (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. כתב שירות רפואה משלימה (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מחלות קשות - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש

שם המוצר	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מחלות קשות (גיל כניסה 1-65)	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל מחלות קשות 32	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל פיצוי לסרטן	ש	ש	ש	ש	ש	ש



שם המוצר	נספח שרונים נוספים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל הגנה עצמית 75	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 100	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 150	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 200	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 300	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 400	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* נספח לפוליסות מדיכלל הגנה עצמית, הנספח נמכר רק פעם אחת למבוטח. אם למבוטח קיים נספח זה, הנספח לא יצורף בעת הפקת הפוליסה על-פי הצעה זו.

נספח הגנה תעסוקתית

שם המוצר	סכום ביטוח: (4,000-1,000)	גיל מבוטח	תקופת המתנה		תקופת פיצוי		
			14 ימים	30 ימים	שנה	שנתיים	3 שנים
מועמד 1	_____ ₪	21-54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		55-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 2	_____ ₪	21-54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		55-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פוליסות סיעוד – יש לציין את מאפייני המוצר ואת סכום גמלת הסיעוד החודשית

שם המוצר	תקופת המתנה	סוג פרמיה	תקופת פיצוי בשנים	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
מדיכלל לעתיד	60 יום	קבועה (גיל כניסה 3-75)	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			כל החיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		משתנה 4% (גיל כניסה 3-60)	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			כל החיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל לעתיד משלים (גיל כניסה 3-75)	3 שנים	קבועה	5 (משלים ל-8 שנים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			7 (משלים ל-10 שנים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			כל החיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		קבועה	3 (משלים ל-8 שנים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			5 (משלים ל-10 שנים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			כל החיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

הצהרת בריאות

לתשומת ליבך – יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

105

מועמד ראשון – שם משפחה	מועמד ראשון – שם פרטי	מועמד ראשון – תעודת זהות
------------------------	-----------------------	--------------------------

מועמד 1	מועמד 2	1. פרטים כלליים				ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
		שמות המועמדים							
		גובה (בס"מ)							
		משקל (בק"ג)							
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
		2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון							
		1. האם הנך מעשן בין 21 – 40 סיגריות ליום?							
		2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?							
		3. האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?							
		4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?							
		5. ילדים עד גיל 3 בלבד – האם נולד פג? (אם כן יש להמציא דו"ח אבחנות וטיפולים) עדכני מרופא מטפל)							
		6. האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, מחלה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.							

חתימות המועמדים:

חתימת המועמד הראשון חתימת המועמד השני חתימת ילד מגיל 18



שמות המועמדים										לא	כן	לא	כן		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.					
										1				ג	במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.
										2				ד	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.
										3				ה	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
										4				ו	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.
										5				ז	בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבозה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.
										6				ח	במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיטטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.
										7				ט	בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.
										8				י	בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבב - פנקריאטיטיס.
										9				יא	בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציטיטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.
										10				יב	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגרון - גאונ, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
										11				יג	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
										12				יד	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.
										13				טו	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרום סרטני.
										14				טז	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופרוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
										15				יז	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.
										16				יח	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפיים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
										17				יט	במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיה, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
										18				כ	מחלות ראוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראוטייד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	4. שאלות נוספות				לא	כן
										1					האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע. נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה
										2					האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט
										3			כא	כב	האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?
										4				כג	האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.
										5					האם במהלך 10 השנים האחרונות, הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, ו/או קיבלת גמלת סיעוד, ו/או סבלת מאי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות? האם כיום הנך עושה שימוש בעזרי נייודות כדי ללכת, בקטר לשתן/מעיים/קיבה או בקטר אחר? האם הנך מתקשה לבצע בכוחות עצמך אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, ללכת?
										חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____					
										חתימת המועמד הראשון X		חתימת המועמד השני XX		חתימת ילד מגיל 18 XXX	

3300



אני/החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

- אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
- ידוע לי כי תשובתי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
- ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

5. **נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.**

- אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
- ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

9. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

9.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

10. **בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה בחברה ("מוצר דומה"):**

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

במידה וקיים מוצר דומה אולם בכוונת המבוטח לבטל אותו ולרכוש את המוצר המוצע במקומו, יש להעביר לחברה בקשת ביטול טרם הרכישה החדשה.

שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

האם אתה מאשר כי חברות מקבוצת כלל יפנו אליך ו/או אל מי מהמועמדים האחרים, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר?
 אני מאשר, אני ו/או מי מהמועמדים האחרים נהיה רשאים להודיע בכל עת כי איננו רוצים לקבל דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

הצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:

- הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

חתימת המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם ילד מגיל 18 _____ מס' זהות _____ חתימה

הצהרת הסוכן

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישר/ו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכי/יהם והצגתי בפניהם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- במידה ורכש המועמד לביטוח פוליסת סיעוד** - הצגתי למועמד לוח ערכים מסולקים.
- במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד)** - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו בחברה מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
- במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים** - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.
- הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
- מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____

מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן



חובה למלא ע"י כל מי שרוכש מדיכלל לעתיד משלים, תקופת המתנה 3 או 5 שנים.
הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל)

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל) שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל).
החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

1600

תאריך	שם המועמד הראשון	מס' זהות	חתימה
			X
תאריך	שם המועמד השני	מס' זהות	חתימה
			XX
תאריך	שם ילד מגיל 18	מס' זהות	חתימה
			XXX



שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום <input checked="" type="checkbox"/>		

2100

1. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דייןרס	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		חודש
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	רחוב	מספר
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	יישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> אחר _____	אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.	
	תאריך	חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>

2300

2. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סניף	סוג חשבון	בנק
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ			
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק) כתובת הסניף _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או-

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ₪.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.

2400

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____ מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן/נת _____ מספר הסוכן/נת _____ חתימת הסוכן/נת וחתימת הסוכנות

*ככל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות: _____

תאריך _____ חתימת הלקוחות

