

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
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □

דואר אלקטרוני

טלפון נייד

עיסוק

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 אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה	
<input type="checkbox"/> דואר רגיל – 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	טלפון
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 שבוצעו לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטי 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 לפי פירוט

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	% מתגמולי הביטוח
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □

תאונות אישיות

שם המוצר	נכספא שרותרים נוספיים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל הגנה עצמית 75	+ □	□	□	□	□	□	□
מדיכלל הגנה עצמית 100	+ □	□	□	□	□	□	□
מדיכלל הגנה עצמית 150	+ □	□	□	□	□	□	□
מדיכלל הגנה עצמית 200	+ □	□	□	□	□	□	□
מדיכלל הגנה עצמית 300	+ □	□	□	□	□	□	□
מדיכלל הגנה עצמית 400	+ □	□	□	□	□	□	□

* 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.



גיל מבוטח	סכום ביטוח: (1,000-4,000)	תקופת המתנה		תקופת פיצוי		
		14 ימים	30 ימים	שנה	שנתיים	3 שנים
21-54	שם _____	<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"/>
21-54	שם _____	<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"/>

600

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.

205

מועמד ראשון - שם פרטי	מועמד ראשון - תעודת זהות	תאריך מילוי הטופס
-----------------------	--------------------------	-------------------

מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים							
שמות המועמדים															
גובה (בס"מ)															
משקל (בק"ג)															
ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא

3500

2. שאלון בריאות												ק	לא	ק	לא	
האם יש לך נכות קיימת מעל 50% /או האם הינך נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהוא? באם יש לך מעל 50% נכות, נא פרט גובה % הנכות _____ ובגין מה נקבעה - _____												1				
באם הינך נמצא בתהליך הכרה בנכות נא פרט בגין מה מוגשת התביעה. צרף מסמכים בהתאם - _____																
האם אובחנה בריחת סידן (אוסטאופורוזיס)?												2				
האם אובחנה מחלה הקשורה למערכת העצבים והמח לרבות ניוון שרירים, טרשת נפוצה, שיתוק, פרקינסון, התקף אפילפטי בשנתיים האחרונות? _____												3				
האם אובחנה סכיזופרניה, מחלה דו-קוטבית, תסמונת פוסט-טראומטית? אם כן, נא פרט _____												4				
האם נעזר באדם אחר /או באמצעי עזר כלשהו בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, להתרחץ, לאכול, לשתות וללכת? האם סובל מאי-שליטה על הסוגרים? _____												5				
לרוכשים נספח הגנה תעסוקתית יש לענות על השאלה הבאה: האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לבייתך כאמור? אם כן פרטי/וצרפי מסמכים _____												6				

חתימות המועמדים (לגבי סעיפים 1-2) תאריך: ____/____/____

XXX

חתימת ילד מגיל 18

XX

חתימת המועמד השני

X

חתימת המועמד הראשון



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

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובותיי ישמשו 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.
3. 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.
4. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי הוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

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

6. 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.
7. 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 מוסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שגיע 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 בדיוור 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 דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המועמדים:

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**

הצהרת הסוכן

1. 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.
2. הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיהם והצגתי בפניהם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **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.**
5. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.**
6. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
7. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____

מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**



1. פרטי משלם אחר – במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל

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

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דייןרס		
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		
<input type="checkbox"/> ישראלכרט		
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		
<input type="checkbox"/> אחר _____		
מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס	חודש
רחוב	מספר	יישוב
מיקוד		
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

3. 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 ____/____/____.

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 עפ"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 ייעשה 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

2400

