

הצעה למדיכלל פיצוי לסרטן וכתבי שירות עד 300,000 ש"ח סכום פיצוי -

בחתימת מועמד

פרטי המועמדים לביטוח

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש
___/___/___

מהדורת דצמבר 2019

בתוקף עד 31.3.2020

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

דואר אלקטרוני

טלפון נייד

עיסוק

מועמד ראשון
(בעל הפוליסה)

@

מועמד שני

@

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

מועמד שני	מועמד ראשון	כתובת למשלוח דואר המועמדים (לביטוח)
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	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:
ילדי/יתך, 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 טלפון	רחוב

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 ו/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.

מדיכלל פיצוי לסרטן -

יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש.

מועמד 1	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מועמד 1	1-65	ש	ש	ש	ש	ש	ש

כתבי שירות

ילדים	מועמד 2	מועמד 1	גיל כניסה	כתב שירות
□	□	□	4-70	1. כתב שירות אבחון ישיר (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)
□	□	□	0-85	2. כתב שירות רופא און-ליין (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)
□	□	□	0-70	3. כתב שירות ליווי אישי פלוס (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)
□	□	□	0-85	4. כתב שירות רפואה משלימה (לא ניתן לרכוש כנספח לפוליסות תאונות אישיות)



מועמד ראשון – שם משפחה				מועמד ראשון – שם פרטי				מועמד ראשון – תעודת זהות				תאריך מילוי הטופס			
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	2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				לא	כן	לא	כן
								1	האם את/ה תחת ברור רפואי או ממתין לאיזו פרוצדורה רפואית / ביופסיה כולל תוצאה שלא התקבלה / בדיקות הדמיה שאינן בדיקות שגרה בשל גיל?						
								2	האם הנך מעשן/ת מעל 20 סיגריות ליום?, במידה וכן נא פרטי/ כמות.						
								3	האם אובחנת במהלך חיך באחת או יותר מהמחלות הבאות: גידולים (כולל גידולים טרום סרטניים), פוליפים (במע/ בצוואר הרחם/ רחם/שחלות), סרטן ומחלות ממאירות ו/או האם למיטב ידיעתך אחד או יותר מקרוביך מדרגה ראשונה (אב/אם, אחים/אחיות) אובחנו באחת המחלות הבאות: סרטן שד, סרטן מעי הגס, סרטן שחלות?						
על תשובה חיובית באחת מהשאלות לעיל, נא פרטו וצרפו מסמכים, כולל התייחסות למועד, סיבות ותוצאות ככל שרלוונטי:															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____ חתימת המועמד הראשון <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד השני <input checked="" type="checkbox"/> חתימת ילד מגיל 18 <input checked="" type="checkbox"/>															
<p>אישור תנאי קבלה</p> <p>אני מסכימ/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבוירי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:</p> <ul style="list-style-type: none"> • תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב: <input type="checkbox"/> סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה <p>*ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקש/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאות ובמקרה זה תשלח אליי הודעה לאישורי בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.</p>															
חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____ חתימת המועמד הראשון <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד השני <input checked="" type="checkbox"/> חתימת ילד מגיל 18 <input checked="" type="checkbox"/>															



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

- אני/ו מבקשים/ים בזה להיות מבוטחים/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
- ידוע לי כי תשובתיי 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.
- 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, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי כמו כן, 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 זכויותיי על פי הפוליסה להיפגע.
- ידוע לי כי אישורה או דחייתיה 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):

- נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
- ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

8.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

9. **בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("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 וכי 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 שיספק 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.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, 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 אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מוכן לאשר.

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**

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו או לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

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"/>

בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח
 בחתימתי מטה אני מאשר שאיני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנהלים בחברתכם

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

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמדים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמדים לביטוח.
- הקראתי למועמדים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו/ו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
- במסגרת תהליך המכירה בירורתי את צרכי המועמדים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמדים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתם/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיהם/הם והצגתי בפניהם/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.** במסגרת הליך בירור הצרכים בדקתי אם יש למועמדים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
- במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.**
- הסברתי למועמדים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
- מסרתי למועמדים 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 הפוליסה

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"/> דיינרס		
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		
<input type="checkbox"/> ישראלכרט		
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		
<input type="checkbox"/> אחר _____		
מספר כרטיס אשראי	מספר	יישוב
תוקף הכרטיס	חודש	מיקוד
רחוב	מספר	יישוב
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 ____/____/____.

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 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

