

# ענף חיתום בריאות וחיסכון ארוך טווח כלל ביטוח ופיננסים לשירות הסוכן



# תוכן עניינים

טבלת גילאי כניסה לתוכניות ביטוח בריאות



הוכחת בריאות נדרשת – ביטוח בריאות



גילאי כניסה ותום תקופה לתכניות ביטוח חיים



חיתום פיננסי – מסמכים נדרשים לביטוח חיים למקרה מוות



חיתום פיננסי – מסמכים נדרשים לביטוח אובדן כושר עבודה / מטריה



שאלות ותשובות



דוגמא לאופן מילוי שאלון בריאות



ענף החיתום לשירותך



כתובות מייל שימושיות



# טבלת גילאי כניסה - לתוכניות ביטוח בריאות



תקופת הביטוח	גיל כניסה מקסימאלי (גיל ביטוחי)	גיל כניסה מינימאלי (גיל ביטוחי)	הכיסוי
כל החיים	70 שנים	החל מגיל לידה	ניתוחים, השתלות תרופות
עד גיל 75	65 שנים	החל מגיל לידה	מחלות קשות / פיצוי לסרטן
כל החיים	70 שנים	החל מגיל לידה	נספח יעוצים ובדיקות
עד גיל 21	20 שנים	החל מגיל לידה	נספח שירותים לילד
כל החיים	85 שנים	החל מגיל לידה	כתב שירות רפואה משלימה
כל החיים	70 שנים	החל מגיל לידה	כתב שירות ליווי אישי פלוס
כל החיים	85 שנים	החל מגיל לידה	כתב שירות רופא מומחה און ליין
עד גיל 80	75 שנים	3 שנים	תאונות אישיות
כל החיים	70 שנים	4 שנים	כתב שירות אבחון ישיר



# הוכחת בריאות נדרשת - ביטוח בריאות

## מחלות קשות

גיל	סכום ביטוח	מסמכים נדרשים
גיל לידה – חצי שנה	700,000 ₪	הצהרת בריאות + דו"ח שחרור ילוד
חצי שנה - 61	700,000 ₪	הצהרת בריאות
* 61-65	עד 350,000 ₪	הצהרת בריאות
	מ 350,001 ₪	בדיקת רופא + א.ק.ג. מעבדה כולל תפקודי כבד, כליה, פרופיל שומנים, HIV וקוטינין למעשנים

\* בגיל 65 יש לצרף בכל מקרה דו"ח אבחנות וטיפולים



# הוכחת בריאות נדרשת - ביטוח בריאות כל כיסויי הבריאות (למעט מחלות קשות)

גיל	מסמכים נדרשים
גיל לידה – 3 חודשים	הצהרת בריאות + דו"ח שחרור ילוד
שנה ואילך	הצהרת בריאות
• בגיל 65 יש לצרף בכל מקרה דו"ח אבחנות וטיפולים (למעט עבור כיסוי תאונות אישיות)	



# גילאי כניסה ותום תקופה לתוכניות ביטוח חיים



תום תקופת ביטוח	גיל כניסה מקסימלי (גיל ביטוחי)	גיל כניסה מינימלי (גיל ביטוחי)	הכיסוי
80	70	18	ביטוח למקרה מוות
80	70	18	ביטוח חיים למשכנתא
60/62/64/65/67* (לפחות 5 שנים מתחילת תקופת הביטוח)	60	18	אובדן כושר עבודה ו/או שחרור פרמיה
60/62/64/65/67* (לפחות 5 שנים מתחילת תקופת הביטוח)	60	18	מטריה קרן פנסיה
65	60	20	נכות מתאונה
65	60	20	מוות מתאונה

\* תום תקופת הביטוח בכיסוי לאובדן כושר עבודה יקבע לגיל 67 (גיל פרישת חובה, כהגדרתו בחוק גיל פרישה, התשס"ד - 2004) בהתאם לתאריך לידתו/ה של המועמד/ת לביטוח. אם בחר המבוטח לרכוש את הכיסוי לתום תקופת ביטוח לגיל שונה מגיל 67, הזוהה לגיל התום בפוליסה, ייקבע גיל תום לאובדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח – המוקדם מביניהם.

# הוכחת בריאות נדרשת - ביטוח חיים

גיל המועמד לביטוח / המבוטח	ביטוח למקרה מוות מסוג ספיר/שוהם מוות מתאונה נכות מתאונה	אובדן כושר עבודה (סכום פיצוי חודשי)	מטריה לקן פנסיה	הוכחת בריאות
50 - 20	עד 3,000,000 ₪**	מ- 20,000 ₪	מ- 20,000 ₪	הצהרת בריאות מלאה ומפורטת
	מ- 3,000,001 ₪	מ- 30,001 ₪	מ- 30,001 ₪	בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
	מ- 5,000,001 ₪	מ- 40,001 ₪	מ- 40,001 ₪	בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
55 - 51	עד 2,000,000 ₪	עד 14,000 ₪	עד 14,000 ₪	הצהרת בריאות מלאה ומפורטת
	מ- 2,000,001 ₪	מ- 14,001 ₪	מ- 14,001 ₪	בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
	מ- 4,000,001 ₪	מ- 27,001 ₪	מ- 27,001 ₪	בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
60 - 56	עד 1,300,000 ₪	עד 9,000 ₪	עד 9,000 ₪	הצהרת בריאות מלאה ומפורטת
	מ- 1,300,001 ₪	מ- 9,001 ₪	מ- 9,001 ₪	בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
	מ- 3,000,001 ₪	מ- 16,001 ₪	מ- 16,001 ₪	בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
65 - 61	עד 1,000,000 ₪	עד 9,000 ₪	עד 9,000 ₪	הצהרת בריאות מלאה ומפורטת
	מ- 1,000,001 ₪	מ- 9,001 ₪	מ- 9,001 ₪	בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
	מ- 2,500,001 ₪	מ- 16,001 ₪	מ- 16,001 ₪	בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
65-70	עד 800,000 ₪	-	-	הצהרת בריאות מלאה ומפורטת
	מ- 800,001 ₪	-	-	בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)
	מ- 1,000,001 ₪	-	-	בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)

\*\*סכום הביטוח המצויין ייבחן גם ביחס לסכום ביטוח קיים, ככל שקיים, בגין אותו כיסוי ביטוחי (מסוג ספיר או שוהם) למבוטח. בנוסף לאמור, ככל שנרכשו כיסויים מסוג ספיר ושוהם יחד, סכום הביטוח המצרפי לצורך הצהרת בריאות מלאה, יעמוד על 5,000,000 ₪.



# חיתום פיננסי - מסמכים נדרשים לביטוח חיים למקרה מוות

## משכנתא מוטב מוסד בנקאי

מוטב מוסד בנקאי	סכום ביטוח
לא נדרשים מסמכים	עד 4 מיליון ₪
העתק הסכם הלוואה והצהרה על סכומים קיימים כולל פירוט מוטבים	מעל 4 מיליון ועד 7 מיליון ₪
שאלון פיננסי + הסכם הלוואה מהבנק כולל סכום ההחזר החודשי לבנק + אישורים פיננסיים על ההכנסות מכל המקורות	מעל 7 מיליון ₪

\*\*בכל מקרה בו ההלוואה ניטלת ממקור חוץ בנקאי, ייערך חיתום לגופו של מקרה

## פרט

פרט ומנהלים	סכום ביטוח
לא נדרשים מסמכים	עד 4 מיליון ₪
הצהרה על הכנסה מעבודה/ משכורת והצהרה על סכומים קיימים כולל פרוט מוטבים	בין 4-5 מיליון ₪
שכיר: שאלון פיננסי, העתק של שלושה תלושי שכר אחרונים, ט' 106. עצמאי ו/או בעל שליטה: שאלון פיננסי, שלושה תלושי שכר אחרונים, דו"ח אישי למס הכנסה/ מאזן חברה	מעל 5 מיליון ₪

הערה: בכל מקום במצגת בו מוזכר "שאלון פיננסי" – הכוונה לשאלון הכולל גם פירוט של סכומי ביטוח קיימים והמוטבים בהם, חתום ע"י רו"ח

## ביטוח עסקי

מסמכים נדרשים	הפוליסה*
בכל סכום: שאלון פיננסי, הסכם השקעה, אישור על קבלת כספי ההשקעה, מאזן, תוכנית עבודה, תחזיות, הצהרה על סכומים קיימים בחברות אחרות ופרוט המוטבים בהם. ** המוטב בפוליסה - החברה בה מועסק איש המפתח.	<b>אנשי מפתח</b>
בכל סכום: שאלון פיננסי, אחוז בשותפות, אישור שוויו שותפות ו/או מאזן החברה. ** המוטב בפוליסה יכול להיות בן משפחה/ החברה/ השותף האחר.	<b>ביטוח שותפים</b>
בכל סכום: העתק הסכם הלוואה ומאזני חברה מהשנתיים האחרונות הקודמות למועד בקשת הלוואה ** המוטב בפוליסה – החברה	<b>הלוואה עסקית</b>

\*הכיסוי שניתן לרכוש בפוליסות הנ"ל הוא ריסק למקרה מוות בלבד



# חיתום פיננסי – מסמכים נדרשים לביטוח אובדן כושר עבודה / מטריה

עצמאי ו/או בעל שליטה	
מסמכים נדרשים	סכום ביטוח*
טופס הצעה	עד 25,000 ₪
שאלון פיננסי	25,001 ₪ – 40,000 ₪
שאלון פיננסי, שלושה תלושי שכר אחרונים ו/או דו"ח אישי למס הכנסה/ מאזן חברה	40,001 ₪

ביטוח מנהלים	
מסמכים נדרשים	סכום ביטוח
טופס הצעה ו/או קבלת בעלות חתום ע"י מעסיק	עד 70,000 ₪
שלושה תלושי שכר אחרונים, שאלון פיננסי ו/או פירוט סכומי ביטוח קיימים	מ- 70,001 ₪

\*נספח דיבינד – על פי הכללים לעיל, ובלבד שבעל השליטה הינו בעל שליטה יחיד בחברת מעטים, ובכפוף לאישור החברה ולרכישת כיסוי לגבי דיבינד בפוליסה

# שאלות ותשובות

ש מה תוקף הצהרת הבריאות ממועד החתימה?

ש

ת 60 ימים מיום החתימה

ת

ש עברו 61 ימים וטרם חלפו 6 חודשים מה עושים?

ש

ת הלקוח נדרש לחתום על גבי הצהרת הבריאות המקורית ולאשר שלא חל שינוי בתשובות ובמצבו הבריאות ממועד חתימת הצהרת הבריאות המקורית. יש לציין תאריך וחתימה עדכניים

ת

ש עברו מעל 6 חודשים, מה עושים?  
ת הלקוח נדרש למלא הצהרה עדכנית

ש

ת

ש מאיזה גיל יש למלא נתוני גובה ומשקל?

ש

ת החל מגיל 12

ת

ש מאיזה גיל יש להשיב על שאלת סמים/אלכוהול?

ש

ת החל מגיל 16

ת

ש עד איזה גיל הורים יכולים למלא הצהרה עבור ילדיהם?

ש

ת עד גיל 18

ת

# שאלות ותשובות

מאיזה גיל נדרש להמציא יחד עם הוכחת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפולים רופא מטפל?

ש

מגיל 65

ת

מה תוקף תנאי החיתום שקבעה החברה?

ש

45 ימים מתאריך קביעת התנאים (הלקוח נדרש לאשר בחתימתו את תנאי החיתום)

ת

לאן לשלוח השלמת חוסרים?

ש

לתיבת השלמות חיתום

ת

באילו כיסויים נדרש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים?

ש

בכל הכיסויים למעט תאונות אישיות, מגיל 65 ומעלה

ת

לאן לשלוח תנאי חיתום חתומים?

ש

למחלקת תפעול

ת

# דוגמא לאופן מילוי שאלון בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

**שאלונים להשלמת פרטים רפואיים**

פרטי המועמד לביטוח  מועמד ראשי  מועמד שני  ילד

שם משפחה	שם פרטי	תאריך הלידה	מספר הזהות	המין:	גובה	משקל
		/ /		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	ס"מ	ק"ג

שם הסוכן מספרו

שם מנהל פיתוח עסקי מספרו

מספר ההצעה

שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות מטבוליות (בחילוף חומרים) והורמונליות (אנדוקריןולוגית)	לא	כן
<b>1. סוכרת</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.1 סוכרת נעורים - סוג 1 מטופלת באינסולין (2X1)		
1.2 סוכרת סוג 2 <input type="checkbox"/> טרום סוכרת <input type="checkbox"/> אי סבילות לסוכר		
1.2.1 ציין לפני כמה שנים אובחנה (2X1)		
1.2.2 ציין האם מטופל ב: <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> פעילות גופנית ספורטיבית		
1.2.3 ציין תוצאות ההמוגלובין מסוכר HBA1C בבדיקה שנערכה ב-6 חודשים האחרונים במ"ג		
1.2.4 האם קיימת <input type="checkbox"/> פגיעה בעיניים ו/או בראייה (רטינופתיה) (2X1) <input type="checkbox"/> פגיעה במערכת העצבים (ניורופתיה) (2X1) <input type="checkbox"/> בלב (2X1) <input type="checkbox"/> בכליה (2X1)		
1.3 סוכרת הרוינית במהלך שלוש שנים האחרונות (1)		
1.3.1 האם ערכי הסוכר לאחר הלידה חזרו לנורמה (1)		
<b>2. מחלות ו/או הפרעות בשומנים בדם: <input type="checkbox"/> כולסטרול <input type="checkbox"/> טריגליצרידים</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.1 ציין את ערכי הכולסטרול בשנה האחרונה		
2.2 ציין את ערכי הטריגליצרידים בשנה האחרונה		
2.3 האם מטופל תרופתית		
<b>3. גושה ו/או נשאות למחלת גושה (3)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>4. מחלות ו/או הפרעות בתפקוד בלוטת התריס (בלוטת המגן/תירואיד)</b>		
4.1 תת פעילות בבלוטת התריס (היפותירואידיזם)		
4.1.1 האם מטופל תרופתית		
4.2 יתר פעילות בלוטת התריס (היפר תירואידיזם)		
4.2.1 האם מטופל תרופתית		
4.2.2 האם קיימת מעורבות של העיניים		
4.3 הגדלה של בלוטת התריס <input type="checkbox"/> קשר <input type="checkbox"/> זפק (גויטר)		
<b>5. קדחת ים תיכונית (FMF) (4)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.1 האם אובחן במהלך 6 החודשים האחרונים		
5.2 מטופל תרופתית באופן קבוע		
5.3 ציין כמה התקפים בשנה		



בכל מענה חיובי לשאלה בהצהרה,  
יש למלא שאלון השלמת פרטים

בשאלון יש לענות על כל השאלות  
ולציין ערכים נדרשים

במענה לבעיות רפואיות בהם נדרשים מסמכים  
רפואיים יש לצרף אותם  
להצעה – כפי שמפורט בשאלון

לינק לאתר כלל - שאלונים



# ענף החיתום לשירותך

**סבינה רבקין**  
077-6387250

**עדי פרומקין**  
04-8608789

**קרן עטיה**  
03-7912623

**רויטל יפתח**  
03-6388327

**רויטל שטיינר**  
03-6388321

**זיוה וקנין**  
04-8608883

**חלי חייט**  
03-6388323

**ליהי צלמרו**  
02-6209181

**מיכל רוט טוריאל**  
03-7912621

**נועה זילברברג**  
03-6388395

**נועה פיירשטיין**  
04-8608967

**נטלי גוז**  
03-7912659

**אביה קרוואני**  
03-6388326

**אלעד יעקב**  
03-6388320

**אסנת נגר**  
077-6384041

**אסתי אישטיין**  
03-6388329

**בת אל אדאף**  
02-6209154

**גלית ניר**  
03-6293807

**ורד רוסו**  
03-7912639

**ד"ר רולנד סקומורובסקי - ראש ענף חיתום**  
RolandS@clal-ins.co.il 052-6085721

**מאיה פדובה - מנהלת מחלקת חיתום**  
MayaP@Clal-Ins.co.il 052-4797926

**אתי אליאס - מנהלת צוות חיתום בריאות**  
ettye@clal-ins.co.il 054-6889023

**קטי זוארי כלפה - מנהל צוות חיתום חא"ט**  
KatiK@Clal-Ins.co.il 054-3281974

# כתובות מייל שימושיות

## תיבות מייל עבור השלמות חיתום בריאות

מרכז [HitumBriPratMercaz@clal-ins.co.il](mailto:HitumBriPratMercaz@clal-ins.co.il)  
דרום [HitumBriPratJerDarom@clal-ins.co.il](mailto:HitumBriPratJerDarom@clal-ins.co.il)  
צפון [HitumBriPratHaifa@clal-ins.co.il](mailto:HitumBriPratHaifa@clal-ins.co.il)

## תיבת מייל עבור תנאי חיתום מאושרים

חיפה [KlilatAtzaaHaifa@clal-ins.co.il](mailto:KlilatAtzaaHaifa@clal-ins.co.il)  
ירושלים [KlilatAtzaaJerusalem@clal-ins.co.il](mailto:KlilatAtzaaJerusalem@clal-ins.co.il)  
מרכז –  
ריסקים / ביטוחי מנהלים [klithatz@clal-ins.co.il](mailto:klithatz@clal-ins.co.il)  
משכנתאות [Mashcantaot@clal-ins.co.il](mailto:Mashcantaot@clal-ins.co.il)  
קרן פנסיה [yipuyyashir@clal-ins.co.il](mailto:yipuyyashir@clal-ins.co.il)

## תיבות מייל עבור השלמות חיתום פנסיה

מרכז ודרום - [yipuyyashir@clal-ins.co.il](mailto:yipuyyashir@clal-ins.co.il)  
צפון [HashHitBitHaiTzafon@clal-ins.co.il](mailto:HashHitBitHaiTzafon@clal-ins.co.il)

## תיבות מייל עבור השלמות חיתום חא"ט

מרכז [HashlamatHitumCenter@clal-ins.co.il](mailto:HashlamatHitumCenter@clal-ins.co.il)  
דרום [HashHitBitHaiDarom@clal-ins.co.il](mailto:HashHitBitHaiDarom@clal-ins.co.il)  
צפון [HashHitBitHaiTzafon@clal-ins.co.il](mailto:HashHitBitHaiTzafon@clal-ins.co.il)

