

הצעה לביטוח בריאות - בחתימת מועמד

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס קוד שובר:

מקור מכירת הביטוח:
 מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח.

תאריך תחילת ביטוח מבוקש
 ___/___/___

מהדורת ספטמבר 2022

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	
קוד הסכם מ. קשות	קוד הסכם הוצ' רפואיות

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						
מועמד שני						
עד גיל 20	ילד 1					
	ילד 2					
	ילד 3					
	ילד 4					
עיסוק		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						
מועמד שני						

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

מועמד ראשון	מועמד שני
<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	
כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)	רחוב
מספר/ת"ד	ישוב
מיקוד	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 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 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מועמד שני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ילד מגיל 18 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1. ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. תרופות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נספח ייעוץ ובדיקות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. נספח שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. אבחון ישיר	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. נספח חמ"ל בר גפן	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. רופא און-ליין	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ליווי אישי פלוס	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. רפואה משלימה	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מחלות קשות וסרטן - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש. סכום הביטוח הניתן לכיסוי בעבור לקוח (ברמת ת.ז.) הינו מינימום 50,000 ₪, עד גיל 65 ניתן לרכוש עד 700,000 ש"ח. ברכישת מוצר "מדיכלל פיצוי לסרטן" מגיל 66 ניתן לרכוש עד 400,000 ₪.

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל מחלות קשות 33	0-65	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל פיצוי לסרטן	0-69	ש	ש	ש	ש	ש	ש



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

מועמד ראשון – שם משפחה				מועמד ראשון – שם פרטי				מועמד ראשון – תעודת זהות			
מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים			
שמות המועמדים											
גובה (בס"מ)											
משקל (בק"ג)											
כן		לא		כן		לא		כן		לא	
2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				אות שאלון ↓			
האם הנך מעשן סיגריות? נא ציין כמות סיגריות ליום				1							
האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?				2							
האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?				3				א			
האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, פוליפוזיס של המעי				4				ב			
שמות המועמדים											
כן		לא		כן		לא		כן		לא	
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.				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.							
במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.				1				ג			
בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.				2				ד			
בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, אלרגיה.				3				ה			
בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.				4				ו			
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, טרומבوزה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.				5				ז			
חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____				חתימת המועמד הראשון X				חתימת המועמד השני XX			
חתימת המועמד הראשון				חתימת המועמד הראשון				חתימת ילד מגיל 18 XXX			

3300



שמות המועמדים											
כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא
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.											
										6	במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.
										7	בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.
										8	בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בבלבב - פנקריאטיטיס.
										9	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 פוליציסטי, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.
										10	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
										11	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
										12	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.
										13	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.
										14	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
										15	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.
										16	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
										17	במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
										18	מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונתית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.

3300

4. שאלות נוספות											
כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא
										1	האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה: (במידה וכבר פירטת, אין צורך לציין בשנית)
										2	האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט
								כא		3	האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?
								כג		4	האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.

חתימות המועמדים תאריך: ___/___/___

חתימת המועמד הראשון X חתימת המועמד השני XX חתימת ילד מגיל 18 XXX

אישור תנאי קבלה

אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי 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:

- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב: □ סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה □ יתר לחץ דם □ יתר שומנים בדם □ סוכרת □ ירידה בצפיפות העצם □ לב וכלי הדם □ עודף משקל
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב: □ ניתוח קיסרי □ הריון ולידה נוכחיים □ בקע (כמוצרה בשאלה 7) □ סוכרת □ שומנים בדם □ בריחת סידן □ הפרעות נפשיות □ הורדת עודף משקל □ אחר: _____

* ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/יות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות אחרות ו/או נוספות 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.

חתימות המועמדים תאריך: ___/___/___

חתימת המועמד הראשון X חתימת המועמד השני XX חתימת ילד מגיל 18 XXX



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 תשובתי 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, 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.
5. 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.
6. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
7. במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):
8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
9. במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(לידיעתך – הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת)

9. בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות) - 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"/>

בכונתי 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.

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 ולשירותים, 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 אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מוכן לאשר.

הצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:

1. 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 הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין הוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. 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).
4. 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 **X**

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה **XX**

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



רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.

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 אישר/ו 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, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות) - 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 למועמד/ים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
5. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי** או באמצעות כלל ביטוח.
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 

1300



שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום		

2100

1. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינינס <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 שיופק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.		
<input type="checkbox"/> אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	

2300

2. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

<table border="1"> <tr> <td>מספר חשבון בנק</td> <td>סניף</td> <td>סוג חשבון</td> <td>בנק</td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד (המוטב) 628</td> <td colspan="3">אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ</td> </tr> <tr> <td colspan="4">אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</td> </tr> </table>	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 _____ <input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או- הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.
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.																	
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 שיוצאו 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. עליו 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 להוציא 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.																	
<input type="checkbox"/> אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.																	
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														
			חתימת 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



לתשומת לבך - הגורם המשלם בפוליסה הוא שרשאי לצפות במידע אודות ביטוחים של קטין ב"הר הביטוח". בהתאם, כל שינוי בזהות הגורם המשלם יביא לשינוי בהרשאת הצפייה האמורה.

טופס ביטול פוליסה בחברה אחרת

עבור חברת הביטוח:

- הראל מגדל הפניקס מנורה
 אילון הכשרה ביטוח ישיר 555 AIG

אני _____ (שם מלא), תעודת זהות _____ ,
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
2. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
3. _____ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ הקיימת בחברתכם החל מיום _____.
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

