

ינואר 2024

כלל  
ביטוח ופיננסים  
**לשירות**  
**הסוכן**

ענף חיתום בריאות  
וחיסכון ארוך טווח

+ טבלת גילאי כניסה לתוכניות ביטוח בריאות

+ הוכחת בריאות נדרשת - ביטוח בריאות

+ גילאי כניסה ותום תקופה לתכניות ביטוח חיים

+ הוכחת בריאות נדרשת ביטוח חיים

+ חיתום פיננסי - מסמכים נדרשים לביטוח חיים למקרה מוות

+ חיתום פיננסי - מסמכים נדרשים לביטוח חיים  
לטובת משכנתא/ הלוואה

+ 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 מקסימלי (גיל ביטוחי)	גיל כניסה מינימאלי (גיל ביטוחי)	הכיסוי
כל החיים	70	לידה	ניתוחים בחו"ל, השתלות, תרופות
כל החיים	70	לידה	ניתוחים בישראל
כל החיים	70	לידה	יעוץ ובדיקות
21	20	לידה	שירותים לילד
כל החיים	70	לידה	ליווי אישי פלוס
כל החיים	70	לידה	שירות אבחון רפואי מהיר
כל החיים	60	לידה	טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים
כל החיים	85	לידה	כתב שירות רפואה משלימה
כל החיים	85	לידה	כתב שירות רופא מומחה און ליין
75	65	לידה	מחלות קשות
85	69	לידה	פיצוי לסרטן
85	65	לידה	חמ"ל בר גפן



## מחלות קשות

סכום ביטוחי מקסימלי ברמת מבוטח עבור מחלות קשות ומחלות קשות סרטן 700,000 ש"ח

מסמכים נדרשים	סכום ביטוח	גיל
שאלון ילודים (שאלון כה')	₪ 700,000	<b>גיל לידה - חצי שנה</b>
הצהרת בריאות	₪ 700,000	<b>חצי שנה - 61</b>
הצהרת בריאות	₪ עד 350,000	<b>* 61-65</b>
בדיקת רופא + א.ק.ג. מעבדה כולל תפקודי כבד, כליה, פרופיל שומנים, HIV וקוטינין למעשנים	₪ מ 350,001	

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

## כל כיסויי הבריאות (למעט מחלות קשות)

מסמכים נדרשים	גיל
שאלון ילודים (שאלון כה')	<b>גיל לידה עד 6 חודשים</b>
הצהרת בריאות	<b>שישה חודשים ואילך</b>

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



# גילאי כניסה ותום תקופה לתוכניות ביטוח חיים

תום תקופת ביטוח גיל ביטוחי**	גיל כניסה מקסימלי (גיל ביטוחי)	גיל כניסה מינימלי (גיל ביטוחי)	הכיסוי
80	70	18	ביטוח חיים למקרה מוות
80	70	18	ביטוח חיים למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא***
75	60	18	ביטוח חיים למשכנתא נגיש (שוהם נגיש)
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	כלל מגן פנסיית נכות - (מטריה קן פנסייה)
65	60	20	נכות מתאונה
65	60	20	מוות מתאונה

\* תום תקופת הביטוח בכיסוי לאבדן כושר עבודה יקבע לגיל 67 (גיל פרישת חובה, כהגדרתו בחוק גיל פרישה, התשס"ד - 2004) ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאובדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם

\*\* גיל ביטוחי - למעט אובדן כושר עבודה לגיל 67 ונכות מתאונה בהם תום תקופת הביטוח תקבע לפי תאריך לידתו של המועמד לביטוח

\*\*\* ביטוח חיים לטובת משכנתא - תקופת ביטוח מינימלית 5 שנים, תקופת ביטוח מקסימלית 35 שנים.



הוכחת בריאות	מטריה לקרן פנסיה	אובדן כושר עבודה (סכום פיצויי חודשי)	ביטוח למקרה מוות מסוג ספיר/שוהם מוות מתאונה <sup>2</sup> נכות מתאונה <sup>2</sup>	גיל המועמד לביטוח <sup>1</sup>
הצהרת בריאות מלאה ומפורטת	עד 22,000 ₪	עד 22,000 ₪	עד 3,500,000 ₪	18 - 50
בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 22,001 ₪	מ- 22,001 ₪	מ- 3,500,001 ₪	
בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 40,001 ₪	מ- 40,001 ₪	מ- 5,000,001 ₪	
הצהרת בריאות מלאה ומפורטת	עד 14,000 ₪	עד 14,000 ₪	עד 2,300,000 ₪	51 - 55
בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 14,001 ₪	מ- 14,001 ₪	מ- 2,300,001 ₪	
בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 27,001 ₪	מ- 27,001 ₪	מ- 4,000,001 ₪	
הצהרת בריאות מלאה ומפורטת	עד 10,000 ₪	עד 10,000 ₪	עד 1,500,000 ₪	56 - 60
בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 10,000 ₪	מ- 10,000 ₪	מ- 1,500,001 ₪	
בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	מ- 16,001 ₪	מ- 16,001 ₪	מ- 3,000,001 ₪	
הצהרת בריאות מלאה ומפורטת	-	-	עד 1,500,000 ₪	61 - 65 <sup>3</sup>
בדיקה כולל: א.ק.ג, מעבדה, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	-	-	מ- 1,500,001 ₪	
בדיקה כולל: ארגומטריה, מעבדה עם תפקודי כבד, כליה ופרופיל שומנים, HIV, קוטינין (ללא מעשנים)	-	-	מ- 2,500,001 ₪	
הצהרת בריאות מלאה ומפורטת	-	-	עד 1,000,000 ₪	66 - 70 <sup>3</sup>
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)	-	-	מ- 1,200,000 ₪	

1. גיל הכניסה המינימלי משתנה ממוצר למוצר בהתאם למדיניות החברה
2. סכום הביטוח המצוין ייבחר ברמת ת. בהתאם לקבוצת הכיסוי. כלומר, קבוצת כיסוי ביטוח למקרה מוות כוללת ביטוח למשכנתא, ספיר, מוות מתאונה. קבוצת כיסוי לאובדן כושר עבודה כוללת את כיסוי אכע, מטריה
3. להצטרפות בגיל 65 יש לצרף, בכל מקרה, דו"ח אבחנות וטיפולים

פרט	
ריסק	סכום ביטוח קיים+חדש
לא נדרשים מסמכים פיננסיים*	עד 4 מיליון ₪
עקרת בית /סטודנט /מובטל /אברך- סכום כיסוי מקסימלי 1.5 מליון ₪	*חריגים
רווקים/ות עד גיל 25 ידרשו לחיתום פיננסי ברכישת סכום ביטוח מעל 1.5 מליון רווקים/ות בגילאים 26-30 ידרשו לחיתום פיננסי ברכישת סכום ביטוח מעל 2 מליון. דרישת מסמכים: 1. הצהרה על הכנסה מעבודה/ משכורת 2. הצהרה על סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון שם החברה, סכום הביטוח, מי המוטב, האם הכיסוי המבוקש כעת מחליף כיסוי קיים אם כן מה יבוטל מה יישאר בתוקף	
1. הצהרה על הכנסה מעבודה/ משכורת 2. הצהרה על סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון שם החברה, סכום הביטוח, מי המוטב, האם הכיסוי המבוקש כעת מחליף כיסוי קיים אם כן מה יבוטל מה יישאר בתוקף.	4 - 5 מיליון ₪
שכיר: 1. שלושה תלושי שכר אחרונים ו/או ט' 106 2. שאלון פיננסי כולל כולל התייחסות לסכומים קיימים בכל חברות הביטוח, תוך ציון שם החברה, סכום הביטוח, מי המוטב, האם הכיסוי המבוקש כעת מחליף כיסוי קיים אם כן מה יבוטל מה יישאר בתוקף.	מעל 5 מיליון ₪
עצמאי ו/או בעל שליטה: 1. דוח אישי למס הכנסה ו/או מאזן חברה לבעלי שליטה 2. שאלון פיננסי כולל התייחסות לסכומים קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון שם החברה, סכום הביטוח, מי המוטב, האם הכיסוי המבוקש כעת מחליף כיסוי קיים אם כן מה יבוטל מה יישאר בתוקף.	

ביטוח עסקי	
מסמכים נדרשים	הפוליסה*
<p>בכל סכום:</p> <p>1. שאלון פיננסי מלא, כולל: מספר אנשי מפתח בחברה עם פוליסות או שתופקנה פוליסות עבורם, הצהרה על סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח כולל ציון מוטבים, ו/או הצעות נוספות בתהליך אישור.</p> <p>2. במקרה של השקעה: הסכם השקעה מלא לרבות אישור פורמלי על קבלת כספי ההשקעה</p> <p>3. ללא השקעה: מאזן החברה שנת מס אחרונה שפורסם</p>	<p><b>אנשי מפתח</b></p> <p>המוטב בפוליסה - החברה בה מועסק איש המפתח.</p>
<p>בכל סכום:</p> <p>1. שאלון פיננסי כולל פרוט מספר שותפים ואחוז השותפות של כל אחד, בנוסף פרוט סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון סכום הביטוח ומי המוטב.</p> <p>2. אישור על שווי השותפות מרו"ח בלבד או מאזן החברה שנת מס אחרונה שפורסם</p>	<p><b>ביטוח שותפים</b></p> <p>המוטב בפוליסה - בן משפחה/ החברה/השותף האחר.</p>
<p>בכל סכום:</p> <p>1. שאלון פיננסי כולל: התייחסות למטרת הלואה, פירוט על הלואות והתחייבויות קיימות, בנוסף פרוט סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון שם החברה, סכום הביטוח, מי המוטב, האם כתוצאה מרכישה זו יבוטל כיסוי קיים</p> <p>2. הסכם הלואה מול הבנק והסכם הרכישה (במידה ורלוונטי)</p> <p>3. מאזן החברה שנת מס אחרונה שפורסם</p>	<p><b>הלואה עסקית מבנק או מגורם חוץ בנקאי</b></p> <p>המוטב בפוליסה - הגורם המלווה</p>

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



משכנתא מוטב מוסד בנקאי	
מוטב מוסד בנקאי	סכום ביטוח חדש- קיים
לא נדרשים מסמכים	עד 4 מיליון ₪
1. העתק הסכם הלוואה מהבנק כולל ציון סכום ההחזר החודשי 2. הצהרה על סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון מהות הביטוח (פרטי/ משכנתא/הלוואה עסקית והאם מחליף או משאיר ללא שינוי) 3. הצהרה מהמבוטח על הכנסותיו	4 - 7 מיליון ₪
1. העתק הסכם הלוואה מהבנק כולל ציון סכום ההחזר החודשי 2. הצהרה על סכומי ביטוח קיימים בכל חברות הביטוח תוך ציון מהות הביטוח (פרטי/ משכנתא/הלוואה עסקית והאם מחליף או משאיר ללא שינוי) 3. דו"ח מס הכנסה שנת מס אחרונה	מעל 7 מיליון ₪ עבור משכנתא ועבור 4 מיליון כאשר משעבדים פוליסה מסוג "ספיר"

משכנתא מוטב מוסד חוץ בנקאי ( בעל רשיון למתן אשראי )**	
מוטב מוסד חוץ בנקאי	סכום ביטוח חדש- קיים
1. נדרשת הוכחה שקיים נכס משועבד לטובת הלוואה 2. המוטב - חברה ישראלית בלבד בעלת רישיון למתן אשראי	עד 4 מיליון ₪ (כולל)
1. העתק הסכם הלוואה מהחברה המלווה (כולל סכום ותקופת הלוואה) 2. שאלון פיננסי כולל התייחסות לסכומי ביטוח קיימים* מהות הביטוח (פרטי/ משכנתא/הלוואה עסקית), והאם מחליף או משאיר ללא שינוי. 3. חוזה הרכישה של הנכס שבגיניו נלקחה הלוואה 4. הלוואה למטרה עסקית: מאזן חברה שנת מס אחרונה שפורסם 5. הלוואה למטרת מגורים: דו"ח אישי למס הכנסה (שנת מס אחרונה) ותלושי שכר 6. המוטב - חברה ישראלית בלבד בעלת רישיון למתן אשראי	מעל 4 מיליון ₪

\*סכומי הביטוח הקיימים היום בגין כל סכום ביטוח הקיים בכל חברות הביטוח האחרות ומתייחס לאותה קבוצת חיתום (ריסק רגיל, ריסק משכנתא וכו')

\*\*ההלוואה הינה לתקופה של מינימום 5 שנים

ביטוח מנהלים	
מסמכים נדרשים	סכום ביטוח קיים+ חדש
הצהרת המבוטח על גובה השכר בטופס ההצעה/ טופס בקשת השינוי	עד 70,000 ₪
1. הצהרת המבוטח על גובה השכר בטופס ההצעה /טופס בקשת השינוי 2. סכומי אכ"ע קיימים בכל החברות, לרבות כיסוי נכות מקרן הפנסיה ומטריה לקרן הפנסיה, כולל ציון האם יישאר ללא שינוי או מבטל. 3. שלושה תלושי שכר אחרונים ו/או טופס 106.	נו- 70,001 ₪

פרטי/עצמאי/בעל שליטה	
מסמכים נדרשים	סכום ביטוח קיים+ חדש
הצהרת המבוטח על גובה השכר בטופס ההצעה/ טופס בקשת השינוי	עד 15,000 ₪
1. הצהרת המבוטח על גובה השכר בטופס ההצעה/טופס בקשת השינוי. 2. סכומי אכ"ע קיימים בכל החברות לרבות כיסוי נכות מקרן הפנסיה ומטריה לקרן הפנסיה, כולל ציון האם יישאר ללא שינוי או מבטל.	15,000-25,000 ₪
1. הצהרת המבוטח על גובה השכר בטופס ההצעה/טופס בקשת השינוי. 2. סכומי אכ"ע קיימים בכל החברות לרבות כיסוי נכות מקרן הפנסיה ומטריה לקרן הפנסיה, כולל ציון האם יישאר ללא שינוי או מבטל. 3. שלושה תלושי שכר אחרונים/או טופס 106/דו"ח אישי למס הכנסה/ מאזן חברה לבעלי שליטה.	מעל 25,000 ₪

פרטי/עצמאי /בעל שליטה המבקש להכיר ברווח לא מחולק ובדיבידנד מחולק	
מסמכים נדרשים	
1. שלושה תלושי שכר אחרונים ו/או טופס 106 / דו"ח אישי למס הכנסה/מאזן חברה לבעלי שליטה. 2. סכומי אכ"ע קיימים בכל החברות, לרבות כיסוי נכות מקרן הפנסיה ומטריה לקרן הפנסיה, כולל ציון האם יישאר ללא שינוי או מבטל. 3. חתימה על נספח דיבידנדים*	

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

**ש:** עד איזה גיל הורים יכולים למלא הצהרה עבור ילדיהם?  
**ת:** עד גיל 18

**ש:** מאיזה גיל יש למלא נתוני גובה ומשקל?  
**ת:** החל מגיל 12

**ש:** מה התוקף הנדרש של דו"ח אבחנות וטיפולים?  
**ת:** נדרש דו"ח אבחנות וטיפולים מהשישה חודשים האחרונים.

**ש:** מאיזה גיל יש להשיב על שאלת סמים/אלכוהול?  
**ת:** החל מגיל 16

**ש:** מאיזה גיל נדרש להמציא יחד עם הוכחת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפולים רופא מטפל?  
**ת:** מגיל 65

**ש:** לאן להחזיר תנאי חיתום חתומים?  
**ת:** למחלקת תפעול

**ש:** מה תוקף הצהרת הבריאות ממועד החתימה?  
**ת:** 60 ימים מיום החתימה

**ש:** לאן לשלוח השלמת חוסרים?  
**ת:** לתיבת השלמות חיתום

**ש:** עברו 61 ימים וטרם חלפו 6 חודשים מה עושים?  
**ת:** הלקוח נדרש לחתום על גבי הצהרת הבריאות המקורית ולאשר שלא חל שינוי בתנאים ובתשובות עליהם. הצהיר המבוטח בהצטרפות לביטוח. יש לצין תאריך וחתימה עדכניים.

**ש:** מה תוקף תנאי החיתום שקבעה החברה?  
**ת:** 45 ימים מתאריך קביעת התנאים (הלקוח נדרש לאשר בחתימתו את תנאי החיתום)

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

בכל מענה חיובי לשאלה בהצהרה, יש למלא שאלון השלמת פרטים,  
יש לציין פרטי הלקוח עבורו ממלאים השאלון.

יש להשיב לכל השאלות הראשיות בשאלון ושאלה שנענת בחיוב יש להקפיד  
להשיב לכל תתי השאלות תחתיה כולל סימון V וצייון ערכים במקומות הנדרשים.



קוד מסמך: 2783

שאלון יב'  
מהדורת פברואר 2023

תוספס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ונזרים כאחד

**שאלונים השלמת פרטים רפואיים**  
פרטי המועמד לביטוח  מועמד ראשי  מועמד שני  ילד

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	

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

לתשומת ליבך, יש למלא את כל השאלות המובילות בכל חלק של הצהרה זו, מענה חיובי על שאלה מובילה גם תשובה על כל שאלות המשנה שממחיתה. אין צורך לענות על שאלות משנה במקרה של תשובה שלילית בשאלה מובילה.

שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות מטבוליות (בחילוף חומרים) והורמונליות (אנדוקרינולוגיות)	לא	כן
<b>1. סוכרת</b>		
א. סוכרת נעורים - סוג 1 (2X1)		
א.ב. סוכרת סוג 2 <input type="checkbox"/> טרום סוכרת <input type="checkbox"/> אי סבילות לזוכר <input type="checkbox"/>		
1.1 לפני כמה שנים אובחנה? <input type="text"/>		
1.2 מטופל ב: <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> פעילות גופנית ספורטיבית <input type="checkbox"/>		
1.3 רמת ההמוגלובין מסוכר HBA1C בבדיקה שנערכה ב-6 חודשים האחרונים במ"ג <input type="text"/>		
1.4 קיימת <input type="checkbox"/> פגיעה בעיניים או בראייה (רטינופתיה) (2X1) <input type="checkbox"/> פגיעה במערכת העצבים (נוירופתיה) (2X1) <input type="checkbox"/> בלב <input type="checkbox"/> בכליה (2X1) <input type="checkbox"/>		
1.5 לגבי נשים - סוכרת הרינית במהלך שלוש שנים האחרונות <input type="checkbox"/>		
1.5.1 האם ערכי הסוכר לאחר הלידה חזרו לנורמה <input type="checkbox"/>		
1.6 סוכרת תפלה (3) <input type="checkbox"/>		
<b>2. מחלות ו/או הפרעות בשומנים בדם: <input type="checkbox"/> כולסטרול <input type="checkbox"/> טריגליצרידים</b>		
2.1 ערכי הכולסטרול בשנה האחרונה <input type="text"/>		
2.2 ערכי הטריגליצרידים בשנה האחרונה <input type="text"/>		
2.3 האם נוטל טיפול תרופתי <input type="checkbox"/>		
<b>3. <input type="checkbox"/> גושה (3) <input type="checkbox"/> בשאלת מחלת גושה (3)</b>		
<b>4. מחלות או הפרעות בתפקוד בלוטת התריס (בלוטת המגן/תירואיד)</b>		
4.1 תת פעילות בבלוטת התריס (היפותרואידיזם) <input type="checkbox"/>		
4.1.1 האם נוטל טיפול תרופתי <input type="checkbox"/>		
4.2 יתר פעילות בלוטת התריס (היפר תירואידיזם) <input type="checkbox"/>		
4.2.1 האם נוטל טיפול תרופתי <input type="checkbox"/>		
4.2.2 האם קיימת מעורבות של העיניים <input type="checkbox"/>		
4.3 הגדלה של בלוטת התריס (3) <input type="checkbox"/> קשר (3) <input type="checkbox"/> צפק (גויטר) <input type="checkbox"/>		
<b>5. קדחת ים תיכונית (FMF) (4)</b>		
5.1 האם אובחן במהלך 6 החודשים האחרונים <input type="checkbox"/>		
5.2 האם נוטל טיפול תרופתי <input type="checkbox"/>		
5.3 מספר התקפים בשנה <input type="text"/>		

2023/11/0723



כל חברת הביטוח בע"מ | רחל ולנברג 36 | קריית עתידים, מודל 8, תל אביב  
מקטע למשלוח דואר ת.ד. 37070 מיקוד 6138902 | טל. 03-9420440 | פקס: 077-6383235 | שירות לקוחות 054-5454 | www.clal.co.il

1 | מתוך 2

במענה לבעיות רפואיות בהן נדרשים מסמכים רפואיים יש לבדוק בהערות מטה אילו מסמכים נדרשים ולצרפם יחד עם ההצעה - כפי שמפורט בשאלון



שאלון יג'  
מהדורת פברואר 2023

שם הסוכן	מספרו	הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספר ההצעה		

**שאלונים להשלמת פרטים רפואיים**  
 פרטי המועמד לביטוח  מועמד ראשי  מועמד שני  ילד

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

לתשומת ליבך, יש למלא את כל השאלות המובילות בכל חלק של הצהרה זו, מענה חיובי על שאלה מובילה מצריך גם תשובה על כל שאלות המשנה שמתחתיה. אין צורך לענות על שאלות משנה במקרה של תשובה שלילית בשאלה מובילה.

שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות במערכת הדם ו/או בטחול ו/או במערכת החיסון	לא	כן
1. <input type="checkbox"/> אנמיה עקב חוסר ברזל <input type="checkbox"/> צמחנות <input type="checkbox"/> הריון		
1.1 רמת ברזל נמוכה		
1.1.1 ערך המוגלובין בשנה האחרונה		
1.2 טלסמיה מיינר		
1.2.1 ערך המוגלובין בשנה		
1.3 <input type="checkbox"/> טלסמיה מייג'ור <input type="checkbox"/> טלסמיה אחרת <sup>(2)(1)</sup>		
1.4 אנמיה חרמשית ו/או אפלטטית <sup>(2)</sup>		
2. <input type="checkbox"/> ריבוי כדוריות דם אדומות (פוליטימיה) <sup>(2)(1)</sup>		
3. <input type="checkbox"/> מיעוט כדוריות דם לבנות (ליוקופניה, נויטרופניה) <sup>(2)(1)</sup>		
4. <input type="checkbox"/> הפרעה בקרישיות הדם עקב בעיות בגורמי קרישה (תרומבופיליה)		
4.1 האם אובחנה קרישיות יתר		
<input type="checkbox"/> פקטור 5 ליידן Factor V Leiden <input type="checkbox"/> MTHFR <input type="checkbox"/> פרותורמבין <input type="checkbox"/> APLA (אפלה)		
<input type="checkbox"/> חוסר פקטור 8 <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> מחלת נון וילברנד <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> הפרעה בפקטור 7 <input type="checkbox"/> הפרעה בפקטור 11 <sup>(2)</sup>		
4.1.1 האם היו אירועים טרומבטיים <sup>(3)</sup>		
4.1.1.1 אם האירוע היה במהלך השנה האחרונה, לפני כמה חודשים		
4.1.1.2 אם האירוע היה לפני יותר משנה, לפני כמה שנים		
4.1.2 האם נוטל טיפול תרופתי		
4.1.2.1 נא ציין שם התרופה		
4.2 <input type="checkbox"/> המפליה <sup>(2)(1)</sup> <input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה <sup>(2)(1)</sup>		
5. <input type="checkbox"/> השתלת מח עצם		
6. <input type="checkbox"/> בטחול		
6.1 טחול חסר כתוצאה מתאונה/טראומה		
6.1.1 טחול חסר כתוצאה ממחלה ו/או הפרעה		
6.1.1.1 נא ציין שם ההפרעה ו/או המחלה <sup>(2)(1)</sup>		
7. <input type="checkbox"/> מום או מחלה או הפרעה אחרת בדם ו/או בטחול. נא צרף מסמך רפואי.		

<sup>(1)</sup> נא צרף ספירת דם.

<sup>(2)</sup> נא מכתב מרפא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני.

<sup>(3)</sup> נא מכתב מרפא מומחה המפרט את הטיפול שבוצע, אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד \_\_\_\_\_  
 מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימת המועמד

20-7012-0123



כלל חברה לביטוח בע"מ | אול ולברג 38 | קריית עתים, מגדל 8, תל אביב  
 מען למשלוח דואר ת.ד. 7070 מיקוד 6139502 | טל. 03-9420440 | פקס. 077-6383235 | שירות לקוחות 0454-011 | www.chalal.co.il

1 | מתוך 1



**ד"ר רולנד סקומוובסקי - 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

**קרן עטיה - מנהלת צוות חיתום חא"ט**

KerenAti@clal-ins.co.il 052-8640720

**סבינה רבקין**

077-6387250

**עינב יוספי**

03-7912592

**רויטל יפתח**

03-6388327

**רחלי מזרחי**

03-7912618

**תומר משעלי**

08-6293813

**ליהי צלמרו**

02-6209181

**מיכל רוט טוריאל**

03-7912621

**נועה זילברברג**

03-6388395

**נועה פיירשטיין**

04-8608967

**נטלי גוז**

03-7912659

**ורד רוסו**

03-7912639

**זיוה וקנין**

04-8608883

**חלי חייט**

03-6388323

**טניה אוזן**

03-7616410

**ליאורה גל**

08-6293811

**אילנה דרשצ'נקו וקסלר**

04-8608789

**אלעד יעקב נדן**

03-6388320

**אסנת נגר**

077-6384041

**בת אל אדאף**

02-6209154

**גלית ניר**

08-6293807

## תיבות מייל ייעודיות עבור חיתום פניסה

### השלמות חיתום -

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)

### תנאי חיתום מאושרים -

[yipuyyashir@clal-ins.co.il](mailto:yipuyyashir@clal-ins.co.il)

## תיבות מייל ייעודיות עבור חיתום בריאות

### השלמות חיתום -

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)

### תנאי חיתום מאושרים -

יש לשלוח לגורם המטפל בהצעה

## תיבות מייל ייעודיות עבור חיתום חא"ט

### השלמות חיתום -

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)

### 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)





האמור בידיעון זה נכון ל-01/2024 והינו מידע כללי בלבד ואינו כולל התייחסות מקיפה לכל ההיבטים הרלוונטיים והנושאים הנוגעים לעניין. החברה רשאית לשנות את ההנחיות מעת לעת, בין לגבי כל המוצרים ו/או התכניות ובין לגבי כל חלק מהם, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי ותנאי הפוליסות.

המידע המוצג בידיעון זה אינו מפרט את כל ההוראות, התנאים והסייגים הכלולים בפוליסה/ בתוכנית. הפרטים המלאים מצויים בפוליסה/ בתוכנית הרלוונטית, אם וככל שקיימים בכל מקרה של סתירה או אי התאמה בין האמור לעיל לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה גוברים, והכל בהתאם להסדר התחיקתי.

אין במידע כדי להוות או להחליף יעוץ ביטוחי ו/או פנסיוני ו/או אחר מכל מין וסוג שהוא, והחברה אינה אחראית על כל נזק שיגרם בגין הסתמכות על המידע המוצג לעיל.

מסמך זה מיועד לסוכני כלל חברה לביטוח בע"מ בלבד, והעברת חלקים מתוכנו לאחרים, או פרסומם בכל דרך שהיא, ללא קבלת אישור מראש ובכתב מכלל ביטוח אסורה בהחלט.

קבלה לביטוח הינה בשיקול דעתה המוחלט של החברה ואין בתנאים האמורים במסמך זה בכדי להגביל את החברה בקביעת מגבלות אחרות ו/או נוספות ו/או לחייב את החברה לקבל לביטוח אדם כלשהו.