

שם הסוכן	מספרו
שם מפ"ע	מס' צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה

תאריך תחילת ביטוח

___ / ___ / ___

מהדורת מאי 2015

פרטי המועמדים לביטוח

מועמד ראשון	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
מועמד שני	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
ילד 1	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
ילד 2	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
ילד 3	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
ילד 4	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		תאריך לידה
			קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן
מספר טלפון		מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד	מס' נייד
מספר טלפון		דוא"ל	@		
<p>האם הנך מעש/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)</p>					
מועמד ראשון <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		מועמד שני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			

פרטי מוטבים

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	% מתגמולי הביטוח
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

פרטי ביטוח הבריאות המוצע – גיל כניסה 0-70, למעט מדיכלל קידס, בה גיל הכניסה הוא 0-21

מסלול	שם החבילה	כיסוי בישראל	כיסוי בישראל נבחרים	משלים שב"ן	השתלות וטיפולים מיוחדים	תרופות	ניתוחים בחו"ל	מחילפי ניתוח	שירותים נוספים	פלוס רפואה	1:1 מלווה רפואה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
מדיכלל בייסיק	תרופות והשתלות	-	-	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים בחו"ל	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל פרפקט	ניתוחים נבחרים	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	משלים שב"ן	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	בהשתתפות עצמית	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל פירסט	פירסט	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	פרימיום	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל קידס	מדיכלל פיקס	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כיסוי לניתוח (כנספח לפוליסה)	נספח פיצוי לניתוחים בישראל													
	נספח פיצוי מוגדל לניתוחים בישראל													

1950003

תאונות אישיות ומחלות קשות

שם המוצר						נספח שרותים נוספים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
תאונות אישיות (גיל כניסה 3-75)	מדיכלל הגנה עצמית 75	✓	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 100	✓	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 150	✓	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 200	✓	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 300	✓	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 400	✓	<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"/>
מחלות קשות (גיל כניסה 1-60)	מדיכלל לחיים 32		נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
	מדיכלל לחיים סרטן		נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ

* 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.

פוליסות סיעוד – יש לציין את מאפייני המוצר ואת סכום גמלת הסיעוד החודשית

שם המוצר						תקופת פיצוי בשנים	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
מדיכלל לעתיד (גיל כניסה 3-85)	קבועה	3	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		5	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		8	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		10	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		כל החיים	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
	משתנה 4%	3	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
		5	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
		8	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
		10	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
		כל החיים	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
מדיכלל לעתיד משלים (גיל כניסה 3-85)	קבועה	5 (משלים ל-8 שנים)	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		7 (משלים ל-10 שנים)	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		כל החיים	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
	קבועה	3 (משלים ל-8 שנים)	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	
		5 (משלים ל-10 שנים)	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
כל החיים	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ		

הוספת כתבי שירות ונספחים

שם המוצר				גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
כתבי שירות	כתב שירות אמבולטורי	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	כתב שירות רפואה משלימה	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	כתב שירות לילדים	0-18	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1:1 רפא מלווה	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	אבחון ישיר	4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ליווי באשפוז +	3-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	כתב שירות רפואה פלוס	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	כתב שירות רפא און-ליין (רפא מומחה און-ליין)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ייעוץ ובדיקות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	מחליפי ניתוח (נספח לפוליסות ניתוחים בישראל בלבד)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
נספחים (לא להוסיף על פוליסות מסוג תאונות אישיות)	ניתוחים בחו"ל (נספח לפוליסות ניתוחים והשתלות בלבד)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	תרופות (נספח לפוליסות ניתוחים, השתלות וסיעוד בלבד)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	פיצוי לאשפוז חירום (250 ₪ ליחידה, עד 4 יחידות)	0-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	בריאות לאישה	20-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**חובה למלא ע"י כל מי שרוכש מדיכלל לעתיד משלים, תקופת המתנה 3 או 5 שנים.
הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל)**

אני מודע/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל) שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל).

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה *X* _____

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

מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים				
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												שמות המועמדים
												משקל (בק"ג)
												גובה (בס"מ)
2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון												
												אות שאלון ↓
												1 האם הנך מעשן בין 21 - 40 סיגריות ליום?
												2 האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?
												3 האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?
												4 האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
												5 ילדים בלבד - בהתאם לגיל הילד האם ישנם חיסונים שטרם ניתנו?
												6 האם קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.
3. האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.												
												1 במערכת העצבים והמוח והפרעות התפתחות - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, הפרעות התפתחות.
												2 בנפש ומצב רוח - לרבות דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית.
												3 בריאות ודרכי נשימה ובעור - לרבות אסטמה, COPD, שיעול ממושך, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.
												4 בלחץ דם מערכת לב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, PVD.
												5 במערכת העיכול ובקעים - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיטטולה, אבסס, הרניה מכל סוג.
												6 כבד, במרה, בבלב ובטחול - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים ו/או דלקת בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל.
												7 בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלקס דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציטיטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.
												8 מחלה מטבולית ו/או הורמונלית - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FFM, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
												9 בדם במערכת החיסון ומחלות זיהומיות - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, הפרעה במערכת החיסון, איידס (גם נשאות), שחפת.
												10 מחלות ממאירות ו/או גידולים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני, גידול שפיר.
												11 במערכת השלד ושרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
												12 במערכת הראיה ו/או אף אוזן גרון - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס, פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
												13 במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שריני, צניחת איברי אגן, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצליה, הידרוצליה, היפופדיאס.
												14 מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאליגיה.
												15 האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי, משתמש בעזרי נידות כדי ללכת, שימוש בקטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, תשישות נפש, דמנציה, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לתפקד בלי עזרה
4. שאלות נוספות												
												1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט _____
												2 האם הנך מצוי כעת ברברו רפואי. נא פרט _____
												3 האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או הנך מועמד לניתוח. האם עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? האם אושפזת ב 5 שנים האחרונות? _____
												4 האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות. _____
5. אני מאשר/ת את רכישת הביטוחים המבוקשים גם במידה ואדרש לשלם בגין קבלתי לביטוחים המבוקשים תוספת חיתומית דמי הביטוח של עד 50% בגין ו/או שקבלתי לביטוחים המבוקשים תהא כפופה להחרגה לפיה המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב _____ ידוע לי כי המבטח יהא רשאי להתנות את קבלתי לביטוחים המבוקשים בתוספת חיתומית גבוהה מזו המפורטת לעיל ו/או בהחרגות שונות ו/או נוספות גם בגין מחלות ו/או מצבים בריאותיים שונים מאלו שפורטו לעיל.												
6. האם אתה מגדיר את עצמך כ"אדם עם מוגבלות" בהתאם לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, דהיינו - אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודך באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, שם המועמד _____ נא פרט _____												
חתימות המועמדים על סעיפים 1-6 הכוללים את הצהרת הבריאות: תאריך _____ חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____												

- אני/ו החתומים מטה, המועמדים לביטוח, מבקשים/ים בזה להיות מבטוחים לפי הצעה זו (להלן "הצעה"), מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו את כל האמור, ומצהיר/ים כי ידועים לי/נו הדברים הבאים:
1. תשבותיי 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.
 2. בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתשלומי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
 3. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה בהתאם לתנאי הפוליסה.
 4. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
 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.

בהצעה 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 המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותי על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי 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 המבטח לפנות 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.

ניתור על סודיות וקשר עם הלקוח

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן "קבוצת כלל") ו/או כל מידע בקשר אליי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוגתת קבוצת כלל לרכיז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על-פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסמיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת

שאלון החלפה / שינוי פוליסה – פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות (סעיף 4' בחוזר המפקח)

כדי לברר אם כוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולות ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

מועמד 2		מועמד 1	
כן	לא	כן	לא
1. האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות בתוקף? אם התשובה לשאלה זו (1) חיובית, יש להמשיך לשאלות 2-3.			
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים/נספחים שבתוקף:			
2. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא / יסולקו באופן חלקי או מלא / יסתיימו בכל דרך אחרת?			
3. האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומים הביטוח או הפרמיה?			

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 2 או 3 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן בהמצאת מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה. **תתימת המועמדים על ההצהרות לעיל ועל שאלון החלפה:**

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה χ

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה $\chi\chi$

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים
ולכל מאן דבעי
אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____
אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____
הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטוח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטוח על-ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי.

אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח ו/או מי מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.
בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה
תאריך _____
חתימת המועמד הראשון χ
חתימת המועמד השני $\chi\chi$

מינוי הסוכן כשלוחו של המועמד

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן: אני המועמד לביטוח, ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה, להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.
תאריך _____ חתימת המועמד הראשון χ _____ חתימת המועמד השני $\chi\chi$

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, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
4. למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות שבתוקף: לא כן

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן χ

<p>במידה ואמצעי התשלום אינו של אחד המועמדים לביטוח, יש לקבל את אישורו של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבוננו: חתימת בעל אמצעי התשלום χ</p>	<p>1. גבייה מאמצעי תשלום קיים הגבייה באמצעות אמצעי התשלום ממנו מבוצעת גביית דמי הביטוח במסגרת פוליסת חיים או <input type="checkbox"/> בריאות מספר _____ שם בעל אמצעי התשלום / זיקה _____</p>
---	---

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי
<input type="checkbox"/> כאל	
<input type="checkbox"/> דיינרס	מספר כרטיס אשראי
<input type="checkbox"/> לאומי קארד	
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	רחוב
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר
<input type="checkbox"/> אחר	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 χ	

3. הרשאה לחיוב חשבון הבנק (תשלום חודשי)

<table border="1"> <tr> <td>מספר חשבון בנק</td> <td>סוג חשבון</td> <td>קוד מסלוקה סניף בנק</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד</td> <td>אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה</td> <td></td> </tr> <tr> <td>628</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק	_____	_____	_____	קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה		628	_____		לכבוד: בנק _____ סניף _____ הכתובת _____ 1. אני הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____ כתובת _____
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק											
_____	_____	_____											
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה												
628	_____												
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ מפורטת ב"פרטי ההרשאה".													
2. ידוע לי/לנו כי:													
א- הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.													
ב- אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.													
ג- אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, שהחיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.													
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.													
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.													
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.													
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.													
7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת ההוראות אלו ממני/מאיתנו.													
תאריך _____ חתימת בעלי החשבון χ													
צוות _____													

פרטי ההרשאה:
 סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן

<table border="1"> <tr> <td>מספר חשבון בנק</td> <td>סוג חשבון</td> <td>קוד מסלוקה סניף בנק</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד</td> <td>אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה</td> <td></td> </tr> <tr> <td>628</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק	_____	_____	_____	קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה		628	_____		<p>אישור הבנק</p> צוות _____ קיבלנו הוראות מ- _____
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק											
_____	_____	_____											
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה												
628	_____												
לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.													
רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.													
בכבוד רב,													
תאריך _____ בנק _____ סניף _____													
מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק ימסר למשלם.													