

הצהרת בריאות -

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

2500

מועמד ראשון – שם משפחה				מועמד ראשון – שם פרטי				מועמד ראשון – תעודת זהות				תאריך מילוי הטופס			
מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים							
שמות המועמדים								ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
גובה (בס"מ)															
משקל (בק"ג)															
לא				כן				לא		כן		לא		כן	
2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון								לא		כן		לא		כן	
1 האם אתה מעשן מעל 20 סגריות ליום, במידה וכן נא לפרט כמות _____															
2 האם ככל הידוע לך מי מבני המשפחה מדרגה ראשונה, חולים או חלו במחלת סרטן השד ו/או שחלות ו/או מעי?															
3 האם ככל הידוע לך מי מבני המשפחה מדרגה ראשונה, חולים או חלו במחלת סרטן מתחת לגיל 50?															
4 האם במהלך 5 השנים האחרונות עברת בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ו/או בדיקה מעבדה שנמצאו בה ממצאים חריגים?															
5 האם הנך מועמד לבדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ו/או בדיקת מעבדה?															
3. האם אובחנו אצלך או אתה תחת ברור רפאי בגין:								לא		כן		לא		כן	
1 מחלה ממארת (סרטן) ו/או גידול סרטני ו/או טרום סרטני או פוליפי?															
2 ושט ע"ש ברט, פוליפוזיס משפחתית, קרוהן ו/או קוליטיס, צהבת מסוג B או C, שחמת פמפיגס וולגריס, מיקוזיס פינגוידיס, פפילומה- ציין באיזה איבר _____, קונדילומה- ציין באיזה איבר _____															
3 פוליפטומיה ורה															
4 מחלת כליה פוליציסטית מטופל בדיאליזה															
5 האם הנך מטופל בטיפול בתרופות המדכאות את מערכת החיסון כגון: יומירה, אימרון, מטרוטרקסט, ציקלוספורין ו/או בתרופות ביולוגיות כגון הרצפטין, אווסטין															
7 איידס (גם נשאות)															
<p>על תשובה חיובית באחת מהשאלות לעיל, נא פרטו וצרפו מסמכים, כולל התייחסות למועד, סיבות ותוצאות ככל שרלוונטי: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>															
<p>4. אני מאשר/ת את רכישת הביטוחים המבוקשים גם במידה ואדרש לשלם בגין קבלת לביטוחים המבוקשים תוספת חיתומית דמי הביטוח של עד 50% בגין _____</p> <p>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 קבלת 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.</p> <p>חתימות המועמדים (לגבי סעיפים 1-4) תאריך _____/____/____:</p> <p>חתימת המועמד הראשון <u>X</u> חתימת המועמד השני <u>XX</u> חתימת ילד מגיל 18 <u>XXX</u></p>															



אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימת/ינו כי:

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. 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.
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 והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

5. **נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.**

6. 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.
7. ידוע לי כי אישורה או דחייתה 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):

8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

9. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

9.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

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.

האם אתה מאשר כי חברות מקבוצת כלל יפנו אליך ו/או אל מי מהמועמדים האחרים, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר?
 אני מאשר אני ו/או מי מהמועמדים האחרים נהיה רשאים להודיע בכל עת כי איננו רוצים לקבל דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

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

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. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכי/הם והצגתי בפניהם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
5. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____
 מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**

1800

2100



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"/>		

1. גביה מאמצעי תשלום קיים

הגבייה באמצעות אמצעי התשלום ממנו מבוצעת גביית דמי הביטוח במסגרת פוליסת □ חיים או □ בריאות מספר _____
 אישורו של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבונו:

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דינרס	מספר כרטיס אשראי	
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		
<input type="checkbox"/> ישראלכרט		
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		
<input type="checkbox"/> אחר _____		
	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.	
	תאריך	חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>

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 ____/____/____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות)

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבונו 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. 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 עפ"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, הזינו 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

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 ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות:

תאריך _____ חתימת הלקוחות

