

**א. פרטי המועמדת לביטוח והתוכנית המבוקשת (סמן ב x את החבילה/ הכיסויים הנדרשים)**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
_____	_____	_____	נ	_____	_____	_____
המועמדת: _____						
מקצוע _____ עיסוק _____ כתובת _____ טלפון _____ טלפון נייד _____						

חבילה הבסיסית עבור פוליסה חדשה במידה ונרכש ביטוח יסודי  
 \ ביטוח יסודי כ"ש אבחון ישיר (20-60), \ כ"ש 1:1 ליווי אישי-רופא מומחה (20-60), \ נספח בריאות לאישה (20-60), \ נספח של תרופות, \ נספח אחריות לחיים סרטן 10,000 ₪ פיצוי (20-60)

הוספת כיסויים לפוליסה קיימת שמספרה \_\_\_\_\_ סמן את הכיסויים הנדרשים  
 \ כ"ש אבחון ישיר (20-60), \ כ"ש 1:1 ליווי אישי-רופא מומחה (20-60), \ נספח בריאות לאישה (20-60), \ נספח של תרופות, \ נספח אחריות לחיים סרטן 10,000 ₪ פיצוי (20-60)

**מוטבים** 1. שם משפחה ו פרטי: ת.ז.: \_\_\_\_\_ יחס/קרבה: \_\_\_\_\_ % מסכום הביטוח: \_\_\_\_\_ 2. שם משפחה ו פרטי: ת.ז.: \_\_\_\_\_ יחס/קרבה: \_\_\_\_\_ % מסכום הביטוח: \_\_\_\_\_

**ב. הצהרת בריאות - שאלון מחלות/או הפרעות/או מומים**

האם יש או היו למועמדת לביטוח מחלות/או בעיות רפואיות/או מומים כלשהם כלהלן? על כל תשובה חיובית יש לפרט בסוף סעיף זה ובשאלון המתאים. כנדרש בה.ב. מלאה.

1. האם הנך מעשנת או עישנת בעבר? במידה וכן: נא לפרט כמות?	כן	לא
2. האם אושפזת/או נותחת/או הומלץ על ניתוח/או מקבלת טיפול רפואי או תרופתי/או עברת או הינך מועמדת לבדיקת הדמיה/או בדיקה פולשנית/או נמצאת בבירור רפואי. האם קיימת נכות כלשהי/או הינך בתהליך לקבלת נכות. האם הינך נמצאת במצב של אי כושר עבודה/או פגיעה בתפקוד יום יומי.	כן	לא
3. האם סובלת/או סבלת מבעיות: לב וכלי דם, סכרת, כבד, דרכי עיכול, קרוהן, קוליטיס, ריאות ודרכי נשימה, א.א.ג, עיניים, כליות דרכי שתן, גב ועמוד שידרה, מערכת השלד (עצמות) והשרירים, הפרעות נפשיות, דלקת מפרקים, מחלה ריאומטית, מערכת העצבים והמוח, טרשת נפוצה, מום מולד.	כן	לא
4. איידס, מחלה אוטואימונית, מחלה ממארת (סרטן)/או גידול סרטני, גידול טרום סרטני, גידול שפיר, מחלות אנדוקריניות, גאטר, FMF, נגעים/או גידולי עור.	כן	לא
5. האם סובלת/או סבלת מבעיות/או הפרעות במערכת המין/או הרבייה לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שריני, האם כעת בהריון? בעיות פריון	כן	לא
6. האם הנך משתמשת בסמים/או באלכוהול כעת או בעבר.	כן	לא

**ג. התשלום הודשי** הנבייה באמצעות: (1) אמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסת ביטוח מס' \_\_\_\_\_ (במידה ואמצעי התשלום אינו של המבוטח עמו מתבצעת הרכישה, יש לקבל את אישורו של משלם הפוליסה לנביית פרמיה נוספת מחשבוננו). (2) כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים):

ויזה  ישראלכרט  זינינט  אמירקן אקספרס  לאומי קארד

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

מספר כרטיס	תוקף הכרטיס
_____ / _____	_____ / _____

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסת הביטוח שרכש, באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיונפק ממקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שכלל חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.

**ד. הצהרות המועמדת לביטוח**

- הנני מבקשת לבטח אותי בביטוח המבוקש עפ"י תנאי הצעה זו. ידוע לי שתשובתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש והיו חלק בלתי נפרד הימנו. אני מתחייבת לדווח לחברה על כל שינוי שיחול במצבי הרפואי מיום הצהרתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקשת בהצעה. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבי, עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה ביטוח.
- אני מצהירה כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבוטח לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה/או לגרום לתשלומי ביטוח מופחתים/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח. כמו כן, ידוע לי כי המבוטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח/או במהלך תקופת האכשרה, בהתאם לתנאי הביטוח.
- "הצהרת המועמדת לביטוח על ויתור על סודיות רפואית:

לכבוד, המוסד לביטוח לאומי, קופות חולים, בתי חולי, ממרפאות, רופאים, ולכל מאן דבעי אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס ת.ז. \_\_\_\_\_ .  
 הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל חברה לביטוח בע"מ" ("להלן" חברת הביטוח")/או הנני מבוטח שלה/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי/או השיקומי/או הסוציאלי/או הסיעודי. אני משחררת בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכפלי כל נושא משרה/או עובד/או ב"כ/או חוקר/או רופא/או מומחה אחר של חברת הביטוח/או מי מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשרת שאני מודעת לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה. תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

- ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח:** אני מצהירה בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכימה לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("להלן" "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים")/או כל מידע בקשר אלי לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכימה כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח, פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ומטעמה), והכל לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

- אישור תנאי קבלה מיוחדים:** אני מאשרת את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%. ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעיית הבריאותית הקיימת/או להחמרתה, כמפורט להלן: \_\_\_\_\_

**6. שאלון החלפה**

האם בידך פוליסת בריאות בתוקף?	כן / לא	(במידה והתשובה שלילית יש לעבור לפרק הבא)
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:	כן / לא	(במידה והתשובה חיובית יש למלא מסמך השוואה)
עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/ יסולקו באופן חלקי או מלא/ יסתיימו בכל דרך אחרת?	כן / לא	(במידה והתשובה חיובית יש למלא מסמך השוואה)
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?	כן / לא	

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטחת: X \_\_\_\_\_

הצהרות הסוכן לטיב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות בתוקף, כן / לא.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: X \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות: X \_\_\_\_\_

**ה. הצהרת הסוכן:** דיברתי עם המועמדת לביטוח באופן אישי, קיבלתי את אישורה להצטרף לביטוח המבוקש לאחר שהסברתי לה את פרטי התוכנית, התנאים והסייגים והקראתי לה את הגילוי הנאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.

**ו. תרשומת שיחה/פגישה:** שוחחתי/טלפונית / נפגשתי אישית (הקף בעיגול) עם: \_\_\_\_\_ השיחה/הפגישה נערכה בתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

מס' הקלטה/זיהוי ההקלטה: \_\_\_\_\_ תאריך העברת ההקלטה ל" כלל ביטוח": \_\_\_\_\_ מקום ההקלטה: \_\_\_\_\_ סוג מכשיר \_\_\_\_\_

ההקלטה/זיהוי ההקלטה: \_\_\_\_\_ הערות להקלטה: \_\_\_\_\_ העתק מטופס גילוי נאות נשלח / נמסר (הקף בעיגול) למועמדת לביטוח ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ יש לצרף עותק להצעה. מס' טלפון של המועמדת לביטוח (במידה ומדובר בשיחה טלפונית): \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס סוכן 78144 חתימת הסוכן: X \_\_\_\_\_ חותמת הסוכנות \_\_\_\_\_

שם המועמדת לביטוח: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. מועמדת לביטוח: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטחת: X \_\_\_\_\_ (עבור מכירה בפגישה אישית).