

ג. התשלום חודשי, הגבייה 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 לגביית פרמיה נוספת מחשבונו. (2) כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים):

ויזה ישראל דינר אמריקן אקספרס לאומי קארד

שם בעל הכרטיס:		מספר זהות:	
מספר כרטיס	תוקף הכרטיס		
<p>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 במקום 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 חיובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.</p>			

ד. הצהרות המועמדת לביטוח (הצהרה זו חלה על כל המועמדים לביטוח)

1. הנני מבקש/ת לבטח אותי ואת כלל המועמדים לביטוח ששמש רשום בהצעה זו בביטוח המבוקש עפ"י תנאי הצעה זו. ידוע לי שתשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד הימנו. אני מתחייב/ת לדווח לחברה על כל שינוי שיחול במצב הרפואי של כלל המועמדים לביטוח, מיום הצהרתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתם לביטוח, בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבם, עלולות זכויותיהם על פי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה ביטוח.

2. אני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתשלומי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח. כמו כן, ידוע לי כי המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה, בהתאם לתנאי הביטוח.

3. לפוליסת "אחריות לעתיד משלים": ידוע לי כי רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותי מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים, פוליסה פרטית או קבוצתית. ותקופת ההמתנה עד קבלת התשלום הסיעודי היא 3 או 5 שנים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי.

4. הצהרות המועמדים לביטוח על ויתור סודיות רפואית:

לכבוד, המוסד לביטוח לאומי, קופות חולים, בתי חולי, ממרפאות, רופאים, ולכל מאן דבעי.

אני/ה ח"מ 1 / מס' ת.ז. _____ 2. מס' ת.ז. _____ הוואיל והגשתנו תביעה

נגד חברת הביטוח: "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), ו/או הנני/ו מבוטח/ים שלה ו/או ביקשת/נו להיות מבוטח/ים על-ידיה, הריני/ו

מאשר/ים ומרשה/ים למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי/נו, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים

על מצבינו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני/ו משחרר/ים 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/נו

אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתמתי להן אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

תאריך: _____ חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה _____, חתימת המועמד השני _____

5. ויתור 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 ביטוח

פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אלי שיוגד 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 מסכים 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 ו/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.

6: אני מאשר/ת כי כל ההצהרות לילדי הקטינים נמסרות על ידי כאפוטרופס/ית טבעית שלהם.

7: אישור תנאי קבלה מיוחדים:

אני מאשר/ת את רכישת הביטוחים המבוקשים:

א. עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

ב. לפוליסת בריאות בלבד: ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או

להחמתה, כמפורט להלן:

ידוע לי כי נוסח ההחלטה הקובע הינו כפי שיופיע ב- "דף פרטי הביטוח".

8: שאלון החלפה

האם בידיך 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	כן / לא	(במידה והתשובה חיובית יש למלא מסמך השוואה)
בכל דרך אחרת?	כן / לא	(במידה והתשובה חיובית יש למלא מסמך השוואה)

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים

מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?

תאריך: _____ חתימת המבוטח הראשי/בעל הפוליסה: _____ חתימת המועמד השני _____

הצהרות הסוכן: למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות בתוקף, כן / לא,

תאריך: _____ חתימת הסוכן: _____ חתימת הסוכנת: _____

ה. הצהרת הסוכן:

דיברתי עם המועמדת לביטוח באופן אישי, קיבלתי את אישור/ה להצטרף לביטוח המבוקש עבור/ה ועבור בני משפחת/ה לאחר שהסברתי לו/ה את פרטי

התוכנית, התנאים והסייגים והקראתי לו/ה את הגילוי הנאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.

לפוליסת "אחריות לעתיד משלים" – אני מצהיר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי בעת רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותו מבוטח

בביטוח סיעודי באמצעות קופ"ח/פוליסה פרטית קבוצתית. כמו כן הסברתי למבוטח כי תקופת ההמתנה עד קבלת התשלום הסיעודי היא 3 שנים או 5 שנים

ובתקופה זו לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי עפ"י תנאי הפוליסה.

ו. תרשומת שיחה/פגישה אישית:

שוחחתי טלפונית / בפגישה אישית (הקף בעיגול) עם: _____ השיחה/הפגישה האישית נערכה בתאריך: _____ / _____ / _____ שעה: _____

מס' הקלטה/זיהוי ההקלטה: _____ תאריך העברת ההקלטה ל"כללביטוח": _____

מקום ההקלטה: _____ סוג מכשיר ההקלטה: _____ הערות להקלטה: _____

העתק מטופס גילוי נאות נשלח / נמסר (הקף בעיגול) למועמדת/לביטוח ביום _____ / _____ / _____.

יש לצרף עותק להצעה. מס' טלפון של המועמד לביטוח (במידה ומדובר בשיחה טלפונית): _____

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ מס' סוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

שם המועמד הראשי לביטוח _____ מס' ת.ז. מועמד/ת לביטוח _____

שם המועמד המשני לביטוח _____ מס' ת.ז. מועמד/ת לביטוח _____

חתימת מועמדת/לביטוח: _____ (עבור פגישה אישית)

חתימת המועמד/ת המשני/ת לביטוח: _____ (עבור פגישה אישית)