

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

תוכן העניינים

- 1 פרטי המועמדים לביטוח וילדיהם
- 2 פרטי הביטוחים המוצעים והצהרות לביטוח הסיעודי המוצע
- 3 הצהרות, פרטי כרטיס אשראי והרשאה לבנק
- 4-5 הצהרת בריאות

לתשומת לב!

בטופס הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד זה 5 עמודים.
כל עמוד ימולא במקור והעתק אחד ("נייר כימי").
בעת מילוי כל עמוד טופס (על העתקיו), יש להשתמש בדף קרטון זה כחוצץ, להפרדה בין עמוד אחד למשנהו, למניעת ההעתקה של הפרטים לעמודי הטופס שלאחריו.

שם משפחה _____ שם פרטי _____
 מין ז נ תאריך לידה _____
 מקצוע / עיסוק _____ מצב משפחתי רווק נשוי גרוש אלמן מס' ילדים _____
 תאריך _____ תחביבים מסוכנים _____
 טלפון _____ טלפון נייד _____ מייל _____

טבלה זו נועדה לשמש אותך הסוכן ואת הלקוח על מנת לברר מהם צרכי הלקוח בהיבט הביטוחי.
טבלה זו נועדה לשמש כלי עזר בלבד והיא אינה מחליפה ואין בה כדי למצות את הבדיקות שייתכן ויש לערוך על פי דין.

הערות	סכום ביטוח	האם קיים כיסוי	סוג ביטוח	בריאות
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ניתוחים	
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	השתלות ותרופות	
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סיעודי	
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אחריות לחיים / אחריות לחיים וסרטן	
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הגנה עצמית פלוס	

שם הסוכן	מספרו 78144
שם מנהל כיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	— — — — — — — — — —
	— — — — — — — — — —

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

מהדורת פברואר 2013

תאריך התחלת הביטוח

— — / — — / 20 — —

א. פרטי המועמדים לביטוח

פרטי המועמד השני (בעל הפוליסה)		פרטים		פרטי המועמד הראשון (בעל הפוליסה)	
שם המשפחה	שם פרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מס' זהות	שם המשפחה	שם פרטי
ס"ב	שנה	תאריך לידה	מס' זהות	ס"ב	שנה
יום	חודש	יום	חודש	יום	חודש
אלמן <input type="checkbox"/>	גרוש <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>	גרוש <input type="checkbox"/>
נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>	מין	מצב משפחתי	נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות / סיגרים / מקטרת ליום במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא נא צרף מסמכים או פרט _____		הצהרת עישון		<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות / סיגרים / מקטרת ליום במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא נא צרף מסמכים או פרט _____	
מקצוע	עיסוק בפועל	מקצוע	עיסוק בפועל	מקצוע	עיסוק בפועל
תחביב	תחביב מסוכן	תחביב	תחביב	תחביב	תחביב
מס' בית	רחוב	מס' בית	רחוב	מס' בית	רחוב
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב
רגיל	נייד	מספרי טלפון	רגיל	רגיל	נייד
פקס / email	פקס / email	פקס / email	פקס / email	פקס / email	פקס / email
משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____	משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____	משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____	משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____	משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____	משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> ק. שם התכנית _____
שם הרופא המטפל ושם היישוב		שם הרופא המטפל ושם היישוב		שם הרופא המטפל ושם היישוב	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ האם אי פעם נדחתה הצעתך לביטוח סיעודי / בריאות / חיים או התקבלת בתנאים מיוחדים?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	

ב. פרטי הילדים המועמדים לביטוח

שם הילד - רשום גם שם משפחה אם שונה	מספר זהות	תאריך לידה	מין
1			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
2			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
3			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
4			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

חתימת מועמד השני

חתימת מועמד ראשון

ו. הצהרת המבקש/ים המועמד/ים לביטוח

אני/החברים/מטה, המועמדים/לביטוח, מבקשים/ים בזה להיות מבטוחים/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה")

1. ידוע לי/לנו כי:

- המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בנין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת הביטוח אכשרה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- אני/מאשרים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפף להוראות הדין. במקרה של דחיית ההצעה המבטח ימקם את החלטתו.
- ג. למבטחי מוליסת אחריות למשלים לשבין:**
 - הכיסוי בנין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בנין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השבין (שירותי בריאות נוספים בקומות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשבין וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - למימוש כסוי בנין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השבין וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
 - דמי הביטוח בנין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בנין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "המשקל הראשוני" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשבין).
- 2. אני מצהיר בזאת כי אני שלוחו של _____ וכי אני מוסמך למסור לחברה את** הפרטים המופיעים בהצעה זו.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ שם המועמד _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם המועמד _____ מס' זהות _____ חתימה

מינוי הסוכן כשלוחו של בעל הפוליסה / המועמדים לביטוח

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:
נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981: אני 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 לביטוח חתימת המועמד השני לביטוח

הצהרת הסוכן

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי שאלתי את המועמדים/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמדים/ים לביטוח. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמדים/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל וכי הקראתי למועמדים את הגילוי נאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן

ז. פרטי כרטיס האשראי (תשלום חודשי) / או גביה באמצעות פוליסה קיימת

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	סיב
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר _____	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס	חודש
		2 0	
		מיקוד	
		מספר	יישוב
		אני הח"מ נותן בזה לחברת כלל ביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בנין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין כלל ביטוח בע"מ.	
		תאריך	חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>

הגביה באמצעות אמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסת ביטוח מס' _____ סוג הפוליסה הקיימת _____ (במידה ואמצעי התשלום אינו של המבטח עמו מתבצעת הרכישה, יש לקבל את אישורו של משלם הפוליסה לגביית פרמיה נוספת מחשבונו). חתימת בעל אמצעי התשלום

ח. הרשאה לחיוב חשבון הבנק (תשלום חודשי)

לכבוד	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
בנק _____	מספר חשבון בנק	סניף	בנק
סניף _____	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	7377
הכתובת	שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות	
1. אני הח"מ _____	כתובת _____		
נותנים/ים לכך בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בנין פרמיות/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי הרשאה".			
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. ארה"ב/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.			
ג. ארה"ב/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר משעשים ימים ממועד החיוב, אם אוכז/נוכח לבנק, שהחיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.			
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילולם, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.			
4. ידוע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החיוב על-פי הרשאה זו, ויפיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.			
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, על עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.			
6. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סביבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.			
7. מא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בסכמ המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו. תאריך _____ חתימת בעל החשבון <input checked="" type="checkbox"/>			

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
מספר חשבון בנק	סניף	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	7377
אישור הבנק		
צוות _____		
קיבלנו הוראות מ- _____		
לכד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו 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 יפעל בהתחייבותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.		
תאריך _____	בכבוד רב,	
בנק _____		
סניף _____		
מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.		

שם המשפחה		שם פרטי		מספר זהות		מין		תאריך לידה		משקל בק"ג		גובה בסי"מ	
מועמד ראשון						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
מועמד שני						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
ילדים 1						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
2						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
3						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
4						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							

1				שאלון מבוא כללי				ילדים עד גיל 18 - שמות								
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא				1		2		3		4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
				1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים												
				2. מעשן? כמה זמן? _____ כמות ליום _____ אם הפסקת ציין מתי _____												
				3. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר _____ אות השאלון <input type="checkbox"/>												
				4. שותה משקאות אלכוהוליים <input type="checkbox"/> מדמן <input type="checkbox"/> עד 2 כוסות ליום <input type="checkbox"/> יותר מ-2 כוסות ליום												

2				שאלון על מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים				ילדים - שמות								
מועמד ראשון		מועמד שני		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.				1		2		3		4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
				1. מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה ביולוגיים מדרגה ראשונה - (הורים, ילדים, אחים) שהיא מחלת לב, סוכרת, סרטן, מחלה נירולוגית, נפשית, ניסיון התאבדות או מקרה מוות. אם כן, פרט: מה הקרבה, המחלה ובאיזה גיל אובחנה או אירע מקרה מוות.												
				2. במערכת העצבים והמוח הפרעות התפתחותיות - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, שיתוק, טרשת נפוצה, גושה, ניוון שרירים, פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD, בעיות התפתחות ו/או גדילה												
				3. בנפש, לרבות דיכאון, חרדה, אובססיה, סכיזופרניה												
				4. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה (ברונכיטיס), אמפיזמה, COPD												
				5. בעור: לרבות גידולים ו/או נגעים, פסוריאזיס, דלקות												
				6. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב ו/או הולכה, מום מולד, פגיעה במסתמים, טרשת עורקים, מפרצת באאורטה, טרומבוזת ורידים מורחבים, PVD												
				7. במערכת העיכול ובקעים: לרבות חוזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)												
				8. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, טחול מוגדל												
				9. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כרוסטטה, אבנים, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן												
				10. מחלות מטבוליות ו/או אנדוקריניות: לרבות סוכרת, שומנים, סריגליצרידים, בלוטת המגן, יותרת התריס, פרולקטינומיה, גאוס												
				11. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם) ספירת הדם, קרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון												
				12. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך												
				13. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן												
				14. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות ליקויים בעמוד השדרה, בעצמות, באגן אוסטיאופורוזיס												
				15. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות קראוטוקונוס ליקוי ראייה מעל 7, קטרקט, דלקות אוזניים חוזרות, סינוסיטיס חוזרת, פוליפים, שקדים, דום נשימה בשינה												
				16. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירני, בעת הריון, בעיות פרייון גם אצל גברים, אשר טמיר וריקוצלה												
				17. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות דלקת מפרקים שגרונית, ראומטואיד, ארטריטיס, לופוס (זאבת)												
				18. לסייעוד: הומלץ על אשפוז ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי, משתמש בעזרי נידות כדי ללכת, שימוש קבוע בקטטר לשתן / מעיים / קיבה / או אחר, אי שליטה על הסוגרים, נפילות חוזרות, תשישות נפש, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לאכול ולשתות, להתרחץ ולהתגלח, להתלבש ולהתפשט, לקום ולשכב, לתפקד בלי עזרה.												

המשך / הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

ילדים עד גיל 18 - שמות								שאלות לסיכום				3			
4		3		2		1		השאלה / הנושא				מועמד ראשון		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

אם התשובה לאחת מהשאלות 1-7 היא חיובית - "כן", אנא פרט כאן:

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

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 הראשי / בעל הפוליסה חתימת המועמד השני

לכבוד:
המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים
מרפאות, רופאים
ולכל מאן דבעי

אני הח"מ _____ מסי ת.ז. _____
הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הגני מבוסט שלה ו/או ביקשתי להיות מבוסט על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשומתם 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

אישור תנאי קבלה מיוחדים

א. אני מאשר 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 ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

נסח ההחרטה הקובע הוא זה שיופיע ב"דף פרטי הביטוח"

חתימה

חתימה

הצהרת המועמד לביטוח על שינוי במצב בריאות

אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי, מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכייויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבי, עלולות זכויותי על-פי תנאי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

תאריך _____

שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____

שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____