

הצהרת מבוטח בגין הפסקת עישון

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	דוא"ל	@	
<p>אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:</p> <p><input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל</p> <p>לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.</p> <p>ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.</p> <p>ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.</p> <p>אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור 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 אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר.</p> <p>תאריך _____ חתימה _____</p>			

אני, החתום מטה _____ תעודת זהות _____

מבוטח בפוליסה מספר _____ (להלן: "חוזה הביטוח")

1. אני מצהיר כי נכון למועד הצהרה זו אינני מעשן:
סיגריות ו/או סיגריה אלקטרונית ו/או סיגרים ו/או מקטרת ו/או נרגילה (או אמצעי עישון דומים להם).

2. הפסקתי לעשן לחלוטין בתאריך _____ ומאז לא חזרתי לעשן כלל.

3. שאלון הפסקת עישון:

לא	כן	האם אובחנה/נו אצלך:
		אוסם לבבי/התקף לב ו/או צינתור טיפולי?
		מחלת ריאות חסימתית, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שיעול ממושך ו/או קשיי נשימה?
		גידול ממאיר ו/או טרום ממאיר בלוע או בחלל הפה ו/או בריאות ודרכי הנשימה ו/או בשלפוחית השתן במהלך 5 שנים האחרונות?

4. ידוע לי שהצהרתי לעיל ותשובותיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

5. אני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצהרה זו הן נכונות, מלאות וכנות.

6. ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול חוזה הביטוח ו/או לגרום לתשלומי תגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.

תאריך _____ שם _____ חתימה _____

