

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

|                    |       |
|--------------------|-------|
| שם הסוכן           | מספרו |
| שם מנהל פיתוח עסקי | מספרו |
| מספר ההצעה         | _____ |
| _____              | _____ |

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

## הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

### פרטי המועמדים לביטוח

#### המועמד הראשי לביטוח

|  |  |            |             |
|--|--|------------|-------------|
| שם משפחה   | שם פרטי  | מספר זהות  | תאריך לידה* |
| מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | מספר ילדים | מספר נייד   |
| רחוב   | מספר   | ת.ד.       | מיקוד       |
| כתובת דואר אלקטרוני  | @  | קופת חולים | מקצוע/עיסוק |

#### המועמד השני לביטוח

|  |  |            |             |
|--|--|------------|-------------|
| שם משפחה   | שם פרטי  | מספר זהות  | תאריך לידה* |
| מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | מספר ילדים | מספר נייד   |
| רחוב   | מספר   | ת.ד.       | מיקוד       |
| כתובת דואר אלקטרוני  | @  | קופת חולים | מקצוע/עיסוק |

\*קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוח").

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:

| מועמד ראשי לביטוח   | מועמד שני לביטוח  |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) | <input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) |
| <input type="checkbox"/> דואר רגיל  | <input type="checkbox"/> דואר רגיל  |

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

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 אליו.

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.

| נא לענות כן או לא לכל מבוטח  | מועמד ראשי  | מועמד שני   |
|--|---|---|
| האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?   | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            |
| האם הנך בעל אזרחות ישראלית?<br>* אם לא, אך הנך בעל מעמד של תושב קבע או תושב ארעי יש לצרף להצעה הוכחת חברות בקופ"ח מעל לחצי שנה   | <input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים* <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים* <input type="checkbox"/> כן |
| האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)  | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            |
| האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?   | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            |
| האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים או כחלק מפעילות ספורט או תחביב (תעופה ספורטיבית מכל סוג, ספורט מוטורי או ימי - עם השתתפות בתחרויות, טיפוס, צלילה, אומנויות לחימה)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____            |





| 4. שאלות נוספות |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       |   |
|-----------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-----------|----|------------|-------|---|
| ילד 4           |    | ילד 3 |    | ילד 2 |    | ילד 1 |    | מועמד שני |    | מועמד ראשי |       | אות השאלון  |
| לא              | כן | לא    | כן | לא    | כן | לא    | כן | לא        | כן | לא         | כן    |   |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       | 1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה.   |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       | 2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט:                                     |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            | כא-כב | 3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?  |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            | כג    | 4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?  |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       | 5. האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים בשנה האחרונה?   |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       | 6. האם הנך סובל או סבלת מאי שליטה על סוגרים או נפילות חוזרות?   |
|                 |    |       |    |       |    |       |    |           |    |            |       | 7. האם הנך מתקשה לבצע בכוחות עצמך אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום, לשכב, להתלבש ו/או להתפשט, לאכול ו/או לשתות, להתגלח ו/או להתרחץ? |

#### חתימות המועמד/ים על הצהרת הבריאות

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח X

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X

#### הצהרת המועמד/ים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

ג. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ד. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

#### הצהרת המועמדים לביטוח

אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

#### ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי X

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני X

#### (השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)

#### לכבוד: המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים וכלל מאן דבעי

אני הח"מ המועמד הראשי \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

אני הח"מ המועמד השני \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר 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 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.

ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

#### הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי: \_\_\_\_\_, תעודת זהות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , תעודת זהות \_\_\_\_\_

אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסוכן X

