

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס

קוד שובר: \_\_\_\_\_

תאריך תחילת ביטוח מבוקש

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

מהדורת מאי 2023

**הצעה לביטוח בריאות - בחתימת מועמד**

**פרטי המועמדים לביטוח**

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	
קוד הסכם מ. קשות	קוד הסכם הוצ' רפואיות

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						נ □ ז □
מועמד שני						נ □ ז □
ילד 1 (עד גיל 20)						נ □ ז □
ילד 2 (עד גיל 20)						נ □ ז □
ילד 3 (עד גיל 20)						נ □ ז □
ילד 4 (עד גיל 20)						נ □ ז □
עיסוק		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)				@ _____		
מועמד שני				@ _____		

**אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות**

מועמד שני	מועמד ראשון	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:	
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה		
<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה		
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			
טלפון	מיקוד	ישוב	מספר/ת.ד
כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)			
רחוב			
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. 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			
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד מגיל 18
	כן □ לא □	כן □ לא □	כן □ לא □

**פרטי מוטבים**

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים הירשים החוקיים על פי דין.

131

210



300

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1. ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. תרופות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. נספח ייעוצים ובדיקות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. נספח שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. אבחון ישיר	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. נספח חמ"ל בר גפן	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. רופא און-ליין	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ליווי אישי פלוס	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. רפואה משלימה	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מחלות קשות וסרטן - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש.  
 סכום הביטוח הניתן לכיסוי בעבור לקוח (ברמת ת.ז.) הינו מינימום 50,000 ₪, עד גיל 65 ניתן לרכוש עד 700,000 ₪.  
 ברכישת מוצר "מדיכלל פיצוי לסרטן" מגיל 66 ניתן לרכוש עד 400,000 ₪.

400

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל מחלות קשות 33	0-65	☑	☑	☑	☑	☑	☑
מדיכלל פיצוי לסרטן	0-69	☑	☑	☑	☑	☑	☑



לתשומת ליבך – יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים.  
מענה שאינו מלא, נכון וכן יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

מועמד 1					
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)	תאריך מילוי הטופס

1. פרטים כלליים	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
שם המועמד					
גובה (בס"מ)					
משקל (בק"ג)					

2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון		מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון
למועמדים לביטוח עד גיל 6 חודשים, יש למלא את שאלון כ"ה		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
הערה: לא נדרש לציין כמויות לסיגריה אלקטרונית או מקטרת														א
האם הנך מעשן סיגריות? נא ציין כמות ליום														
האם הנך מעשן נרגילה על בסיס יומי - נא ציין כמות "יחידות" ליום														ב
האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול ו/או האם הנך שותה יותר מ-3 כוסות אלכוהול ביום (לדוגמה: כוס בירה, כוס יין, אחר)														א
האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?														ב
האם ככל שידוע לך, קיימת אצל אחד או יותר מקרובי משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים), מחלה ו/או הפרעה הקשורים לטרטן, כליות פוליציסטיות, צליאק, טרשת נפוצה, ALS, פרקינסון, אלצהיימר, פוליפוזיס משפחתית, הנטינגטון, מיטוניהק דיסטרופי, או אצל שניים או יותר מקרובי משפחה מדרגה ראשונה מחלה ו/או הפרעה הקשורים ללב וסוכרת? אם כן נא פרט בשאלון.														ב

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.		מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
1 במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, רעד, שיתוק, עיכוב שפתי, עיכוב מוטורי.														ג
2 בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה), סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD), הפרעות אכילה.														ד
3 בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.														ה
4 בעור - לרבות פסוריאזיס, מפפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.														ו
5 בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD), וסקוליטיס.														ז
6 במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, צליאק, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיטורה, פיטטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.														ח
7 בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי או צלקת ניתוחית.														ט
8 בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (ציירוזיס), אבנים בדרכי כיס מרה או דלקת בבלב (פנקריאטיטיס).														י
9 בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה או חסרה, אבנים, ריפולוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דליפת שתן, דלקות, דם או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.														יא



מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון	3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
												יב	10 מחלה מטבולית, הרומולית (אנדוקריןולוגיה) - לרבות סוכרת, טרום סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
												יג	11 בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
												יד	12 מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (נשאות), שחפת.
												טו	13 גידולים שפירים, מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול שפיר, גידול טרום סרטני, גידול סרטני.
												טז	14 במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
												יז	15 במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, פזילה, עין עצלה, צניחת עפעפיים, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 8, אובאיטיס, קרטוקונוס.
												יח	16 אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, נזלת כרונית, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
												יט	17 במערכת המין והרבייה - אצל נשים - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, מעל 2 הפלות ספונטניות, בעיות פריון, קונדילומה, אצל גברים - בעיות פריון, קונדילומה, אישך טמיה, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספידיאס.
												כ	18 מחלות ראומטיות ומחלת רקמת חיבור (מפרקים) - לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטואארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, בכצ'ט, סיוגרן.

3300

מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון	4. שאלות נוספות
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
													1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה: (במידה וכבר פירטת, אין צורך לציין בשנית)
													2 האם הנך מועמד לעבור או ממתין לקבלת תוצאות של: ניתוח, בדיקה פולשנית (כגון: קולונסקופיה, גסטרוסקופיה), ביופסיה, בדיקת הדמיה (כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, MRI, CT), בדיקת מעבדה שאינן בדיקות שגרה? נא פרט
												כא	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.

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

חתימת המועמד הראשון  חתימת המועמד השני  חתימת ילד מגיל 18

**אישור תנאי קבלה**

אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב:  סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה  יתר לחץ דם  יתר שומנים בדם  סוכרת  ירידה בצפיפות העצם  לב וכלי הדם  עודף משקל
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב:  ניתוח קיסרי  הריון ולידה נוכחיים  בקע (כמוצרה בשאלה 7)  סוכרת  שומנים בדם  בריחת סידן  הפרעות נפשיות  הורדת עודף משקל  אחר: \_\_\_\_\_

ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/יות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאות ובמקרה זה תשלח אליי הודעה לאישורי בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.

חתימת המועמד הראשון  חתימת המועמד השני  חתימת ילד מגיל 18



אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבטוח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש והיהו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר עלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.

4.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

5. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.

6. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

7.  במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

7.  נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

8. במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות כלל ביטוח. *יש לצרף טופס "בקשת ביטול בחברה אחרת" מלא וחתום ע"י המבטח

(לידיעתך – הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת)

9. בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

**שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:**

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שישגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

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 מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

אני מוכן לאשר

**בהצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:**

1. הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
4. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**חתימת המועמדים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **X**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XX**

תאריך \_\_\_\_\_ שם ילד מגיל 18 \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XXX**



רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.  
 ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו \*5454.  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.

**הצהרת הסוכן**

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
2. הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישר/ו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"),** הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים. במסגרת הליך בירור הצרכים בדקתי אם יש למועמד/ים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
5. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים -** הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.
6. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
7. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן 

1300



שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום <input checked="" type="checkbox"/>		

2100

1. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
רחוב	מספר
מיקוד	יישוב

אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין \_\_\_\_\_ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.

אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוסיים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס

2300

2. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סניף	סוג חשבון	מספר חשבון בנק
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ			
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד: בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ (הבנק) כתובת הסניף \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 -או-  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.**

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_

כתובת: רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.  
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.  
 ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.  
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.  
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.  
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.  
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.  
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.  
 4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוסיים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

**פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ**

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:  
 הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן/נת \_\_\_\_\_ מספר הסוכן/נת \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן/נת   
 וחתימת הסוכנות \_\_\_\_\_

\*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח.  
 חתימת הלקוחות: \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

2400

לתשומת לבך - הגורם המשלם בפוליסה הוא שרשאי לצפות במידע אודות ביטוחים של קטין ב"הר הביטוח". בהתאם, כל שינוי בזהות הגורם המשלם יביא לשינוי בהרשאת הצפייה האמורה.



## טופס ביטול פוליסה בחברה אחרת (נספח ג')

### עבור חברת הביטוח:

- הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_ ,  
ובני משפחתי אלה (קטנים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ הקיימת בחברת החל מיום \_\_\_\_\_ .  
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_ .

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח 

