

## הצעה מקוצרת לרכישת כיסויי ריסק במקרה מוות, נכות ומוות מתאונה ושחרור למקרה אכ"ע

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

### א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה - לפי הרושם בתעודת זהות

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

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך הלידה	19
המין	המצב המשפחתי	ילדים	האם אתה מעשן או ששישנת ב-3 השנים האחרונות?	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	_____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים	
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	e-mail
המקצוע/העיסוק	התחביב			
האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן - _____		

### ג. תאריך התחלת הביטוח

תאריך התחלת הביטוח: 01/\_\_\_/20\_\_\_

### ד. הכיסוי הביטוחי

סכום הביטוח בש"ח	לגיל	הכיסוי הביטוחי
70		<input type="checkbox"/> ספיר פרמיה משתנה מדי שנים
65		<input type="checkbox"/> נכות מתאונה
65		<input type="checkbox"/> מוות מתאונה
67		<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה בפרמיה קבועה, 3 חודשי המתנה. <b>ייקבע על פי עיסוקו של המועמד לביטוח.</b>

ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס קרבה	חלק ב-%
1					
2					

במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על פי הרשום לעיל)

לפי צוואה  חברה רשום ח"פ - \_\_\_\_\_

### ה. הצהרות המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה ממכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי, המוטב, לפי הרושם בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

**א. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה עלייך הן נכונות ומלאות, ולא העלמתני מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.**

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

**ב. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.**

**ג. ידוע לי כי נוסף על האמור לעיל, חוזה הביטוח יכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.**

**ד. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על פי צרכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שספק לה מפעם**

### ו. הצהרת הסוכן

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

### ז. פרטי כרטיס האשראי לתשלום חודשי

<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/> דינרס	מספר כרטיס אשראי
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	כתובת	רחוב
שובר זה נחתם עלייך בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עלייך הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנופיקת הכרטיס חיוכים מעת לעת כפי שתפרטו למנופיקה.	מספר זהות	מספר	מיקוד
הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.	חתימת בעל כרטיס האשראי	תאריך	

### ח. הרשאה לחיוב חשבון הבנק לתשלום חודשי

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה בנק	סוג חשבון	מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה בנק	סוג חשבון
628	628	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	628	628	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
מספר זהות	שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק	מכתובת			
<p>1. אני/הח"מ _____ שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק</p> <p>מכתובת _____</p> <p>2. נתון/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסכומים בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנגנון, או רשימות על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה.</p> <p>3. ידוע לי/לנו כי: _____</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מנו/מנתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתינסח לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר עליי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוי, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.</p> <p>5. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיוכים אלה.</p> <p>6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, ועל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>7. הבנק רשאי להוציאני/נו מהסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע עלי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>8. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מנו/מנתנו.</p>					
חתימת בעל החשבון	תאריך	חתימת בעל החשבון	תאריך	חתימת בעל החשבון	תאריך

**ט. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי**

**פרטי המועמד לביטוח**

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
עיסוק	מקצוע	תחביב				

**שאלון מבוא כללי**

השאלה / הנושא	המועמד		השאלה / הנושא	המועמד	
	כן	לא		כן	לא
1. עישון - האם מעשן היום <input type="checkbox"/> סיגריות - אם כן, פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 <input type="checkbox"/> עד 40 <input type="checkbox"/> עד 60 <input type="checkbox"/> יותר מ-60 <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת			1.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות		
2. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר			1.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל		
3. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים					
4. נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט להלן מהו הניתוח ומועדו					

**2 שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים**

האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים ב- אם סומן "✓" בטור "כן" יש לפרט בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" בשאלון המתאים לפי האות כלהלן.	אות השאלון		המועמד	
	כן	לא	כן	לא
לרבות אפילפסיה, מפרצת מוחית, אירוע מוחי כלשהו, טרשת נפוצה, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב	<input type="checkbox"/>
לרבות תסמונת פוסט טראומטית, דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדן, סכיזופרניה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג	<input type="checkbox"/>
לרבות דלקות ריאה חוזרות, אמפיזמה (נפחת), COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד	<input type="checkbox"/>
לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גוש במעקב ו/או חוסר, גזזת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה	<input type="checkbox"/>
לרבות יתר לחץ דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב, איוושה, מום מולד, פריקדיטיס, צינתור, טרומבוזת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו	<input type="checkbox"/>
לרבות קרוהן, אולצרטריב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז	<input type="checkbox"/>
לרבות הפטיטיס, הגדלה של הכבד, שחמת (צירוזיס), כבד שומני, דלקת בלבב (פנקארטיטיס), טחול מוגדל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח	<input type="checkbox"/>
לרבות כליה קטנה או חסרה, אבנים, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, כליה פוליציסטית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט	<input type="checkbox"/>
לרבות סוכרת, שומנים, שיגדון (גאוס), FMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י	<input type="checkbox"/>
לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות לבנות ו/או אדומות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יא	<input type="checkbox"/>
לרבות איידס (גם נשאות), שחפת, חום ממושך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יב	<input type="checkbox"/>
לרבות גידול טרום סרטני/סרטן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יג	<input type="checkbox"/>
לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ברצועות, מום מולד, קטיעה, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יד	<input type="checkbox"/>
לרבות עיוורון/כבדות ראייה, היפרדות רשתית, גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, אובאיטיס, קראטוקונוס, חירשות/כבדות שמיעה, ירידה בשמיעה, מנייר, טינטון (טיניטוס)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טו	<input type="checkbox"/>
לרבות גוש/ציסטת בשד, דימומים חוזרים בלא קשר למחזור, היריון, גוש באשך, אשך טמיר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טז	<input type="checkbox"/>
לרבות אוסטאופורוזיס, אוסטאוארטרוזיס (מחלת מפרקים ניונית), ריאומטואיד ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאליגיה, דלקת מפרקים שגרנית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יז	<input type="checkbox"/>
<b>שאלות מסכמות - אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך השורה</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>
1. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל			כן	<input type="checkbox"/>
2. אשפוז בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל			כן	<input type="checkbox"/>
3. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל			כן	<input type="checkbox"/>
4. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל			כן	<input type="checkbox"/>
5. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל			כן	<input type="checkbox"/>

**1. הצהרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית**

א. אני נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת-חולים מכבי, קופת-חולים כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ ו/או כל חברה בקבוצת ככל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור, ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.

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

ה. 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 החולים ו/או רפואיה ו/או עובדיה ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

**2. הצהרת המועמד לביטוח**

אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי ע הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_  
 חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

**3. אישור תנאי קבלה מיוחדים**

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:

עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%.

תאריך \_\_\_\_\_  
 חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה