

כלכל For Life - (חבילת כיסויים מקיפה)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

כלל חברה לביטוח בע"מ

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

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה - לפי הרשום בתעודת הזהות

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
_____	_____	_____	19____
המין	המצב המשפחתי	ילדים	האם אתה מעשן או שעישנת 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?	
_____	_____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?		האם אתה שווה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן - _____	

ג. תאריך התחלת התכנית ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת התכנית	אופן התשלום	אופן הגבייה
01/____/20____	<input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מלא פרטים בעמוד 3) <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא בעמוד 3)

ב. פרטי המוטבים

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 רשום ח"פ - _____

ה. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים

1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?
 לא, עבור לשאלה 2 כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסה חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף, יבוטלו, ייפדו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן, ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.

2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף פוליסות הביטוח?
 לא, חתום כנדרש בסוף השאלון כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסה חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו, בתנאי התכנית, כגון בכיסויי הביטוחיים להם אתה זכאי, בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1-2 בסעיפים לעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

הצהרת הסוכן
 למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: לא כן

תאריך _____ חתימת הסוכן

ד. הכיסוי הביטוחי

הכיסוי הביטוחי - חבילת כיסויים כיחידה אחת	לגיל	סכום הביטוח בש"ח למנה אחת
ספיר בהפקדה שוטפת משתנה כל 5 שנים	70	500,000
נכות מתאונה	65	250,000
מוות מתאונה	65	250,000
הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	64	250,000
סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח		
הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה בפרמיה קבועה, 3 חודשי המתנה. ייקבע על פי עיסוקו של המועמד לביטוח.	67	
אפשר לבחור עד 3 מנות על פי המגבלה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 מנות		
הכיסוי הביטוחי - כיסויים אפשריים לבחירה	לגיל	סכום הביטוח בש"ח
<input type="checkbox"/> אחריות לחיים	70	150,000
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה לילד (עד גיל 21)		100,000
כיסוי זה ירכש לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות		

ז. הצהרות - הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

1. אני החתום מטה, המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

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

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

ב. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעתי 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 ייכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

ז. הצהרת הסוכן

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

תאריך _____ חתימת הסוכן _____

1. הצהרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית

קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

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

2. הצהרת המועמד לביטוח

אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיטויים 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:

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך

3. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:

עם תוספת רפואית בתנאי

שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך

א. אני נותן בזה רשות לקופתי-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופתי-חולים מכבי, קופתי-חולים כללית, קופתי-חולים לאומית, קופתי-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקרנות הפנסיה, 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 כלל החקוקות עסקי ביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל בצורה 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 תהיינה 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. בקשת 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

ט. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> כאל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> דינרס
	<input type="checkbox"/> לאומי קארד	
כתובת	רחוב	מספר
	מיקוד	יישוב
שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה.		
הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.		
תאריך	חתימת בעל כרטיס האשראי	

1. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

לכבוד	מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
בנק	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סוג חשבון	קוד מסלוקה
סניף	628			בנק
כתובת				
1. א/נו הח"מ	שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק			
מכתובת	מספר זרות			
2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו ה"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי ממוני, וכן רשמות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".				
3. ידוע לי/לנו כי:				
א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממי/מתנו 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. אה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.				
ג. אה/נהיה רשאי/ים 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.				
4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילום, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוסד.				
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 חיובים אלה, הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.				
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.				
7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממי/מתנו.				
פרטי ההרשאה				
סכום החיוב ומועדי ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה והעמדה כפי שייקבעו בפוליסה ונת תוספותיה/ן.				
תאריך	חתימת בעל החשבון			

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סוג חשבון	קוד מסלוקה
628			בנק
לכבוד	מספר זרות		
1. כלל חברה לביטוח בע"מ	חתימת וחותמת הסניף		
2. דרך מנחם בגין 48	תאריך		
3. תל אביב, 66180	מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימנו ימסר למשלם.		