

חותמת תאריך קבלה בחברה

תאריך התחלת הביטוח
____/____/____

מהדורת ספטמבר 2014

שם הסוכן _____ מספרו _____

שם מנהל כיתוח עסקי _____ מספר צוות _____

מספר הצעה _____

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה	מספר הנייד
מועמד ראשי	קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן	עיסוק	מספר הנייד
שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה	
בן / בת	קופת חולים	טלפון נייד	תוכנית שב"ן	עיסוק	
ילד 1	שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	תוכנית שב"ן	עיסוק			
ילד 2	שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	תוכנית שב"ן	עיסוק			
ילד 3	שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	תוכנית שב"ן	עיסוק			
ילד 4	שם המשפחה	השם הפרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	תוכנית שב"ן	עיסוק			
רחוב	מס'ת"ד	יישוב	מיקוד	מספר הנייד	
מספר הטלפון	דוא"ל	@			
האם אי פעם דחתה הצעתך לביטוח סיעודי / בריאות / חיים, או התקבלת בתנאים מיוחדים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					
האם הנך מעשונות או לחילופין הפסקת לעשן כמהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					

ב. פרטי ביטוח הבריאות המוצע - גיל כניסה 0-70, למעט מדיכלל קידס בה גיל הכניסה הוא 0-21

מסלול	שם החבילה	כיסוי לניתוחים בישראל	השתלות וטיפולים מיוחדים	סל תרופות פרטי	ניתוחים בחו"ל	מחליפי ניתוח	נוספים שירותים	פלוס רפואה	1:1 רופא מלווה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
מדיכלל בייסיק	תרופות והשתלות	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים בחו"ל	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים נבחרים	ניתוחים נבחרים	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל פרפקט	משלים שב"ן	משלים שב"ן	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	בהשתתפות עצמית	הש"ע 6,000 ש"ח	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל פרימיום	פרימיום	הש"ע 3,000 ש"ח	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל קידס	מדיכלל פיקס	מהשקל הראשון	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כיסוי פיצוי לניתוח (כנספח לפוליסה)	נספח פיצוי לניתוחים בישראל									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	נספח פיצוי מוגדל לניתוחים בישראל									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ג. תאונות אישיות ומחלות קשות

שם המוצר							נפח שרותים נוספים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
מדיכלל הגנה עצמית 75							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 100							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 150							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 200							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 300							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 400							✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל לחיים 32								ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל לחיים סרטן								ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש

מחלות קשות (גיל כניסה 1-60)

* נספח לפוליסת מדיכלל הגנה עצמית, הנספח נמכר רק פעם אחת למבוטח. במידה ולמבוטח קיים נספח זה, הנספח לא יצורף בעת הפקת הפוליסה על-פי הצעה זו.

ד. פוליסות סיעוד - יש לציין את סכום גמלת הסיעוד החודשית

שם המוצר							תקופת המתנה	סוג פרמיה	תקופת פיצוי בשנים	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4						
מדיכלל לעתיד (גיל כניסה 3-85)							קבועה	60 יום	3	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש					
									5	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									8	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									10	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									כל החיים	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
							משתנה 4%							4%	3	ש	ש	ש	ש	ש	ש
															5	ש	ש	ש	ש	ש	ש
															8	ש	ש	ש	ש	ש	ש
															10	ש	ש	ש	ש	ש	ש
															כל החיים	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל לעתיד משלים (גיל כניסה 3-85)							קבועה	3 שנים	5 (משלים ל- 8 שנים)	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									7 (משלים ל- 10 שנים)	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									כל החיים	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									3 (משלים ל- 8 שנים)	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
									5 (משלים ל- 10 שנים)	ש	ש	ש	ש	ש	ש						
מדיכלל לעתיד משלים 5 שנים							קבועה	5 שנים	כל החיים	ש	ש	ש	ש	ש	ש						

ה. כתבי שירות ונספחים

שם המוצר							גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כתב שירות אמבולטורי							0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כתב שירות רפואה משלימה							0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כתב שירות לילדים							0-18	■	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1:1 רופא מלווה							0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אבחון ישיר							4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ליווי באשפוז +							3-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כתב שירות רפואה פלום							0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ייעוץ ובדיקות							0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
טיפולים מחליפי ניתוח (נספח לפוליסות ניתוחים בישראל בלבד)							0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניתוחים בחו"ל (נספח לפוליסות ניתוחים והשתלות בלבד)							0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סל תרופות פרטי (נספח לפוליסות ניתוחים, השתלות וסיעוד בלבד)							0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי לאשפוז חירום (250 ש"ח ליח' עד 4 יח')							0-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בריאות לאשה							20-60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■

ו. פרטי מוטבים

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	% מתגמולי הביטוח
			מועמד 1
			מועמד 2

**למלא ע"י כל מי שרכש מדיכלל לעתיד משלים, תקופת המתנה 3 או 5 שנים
ז. הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל)**

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל) שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל).

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה

שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה

מועמד ראשי - שם משפחה		מועמד ראשי - שם פרטי		תעודת זהות	
מועמד 1		מועמד 2		פרטים כלליים	
מועמד 1	מועמד 2	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2
לא	כן	לא	כן	לא	כן
שמות המועמדים					
משקל (בק"ג)					
גובה (בס"מ)					
ח.1 שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון					
לא	כן	לא	כן	לא	כן
אות השאלון ↓					
1					
האם הנך מעשן בין 21 - 40 סיגריות ליום?					
2					
האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?					
3					
האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?					
4					
האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?					
5					
ילידים בלבד - בהתאם לגיל הילד האם ישנם חיסונים שטרם ניתנו?					
6					
האם קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.					
ח.2 האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.					
1					
במערכת העצבים והמוח והפרעות התפתחות-					
לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, הפרעות התפתחות					
2					
בנפש ומצב רוח - לרבות דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית					
3					
בריאות ודרכי נשימה ובעור - לרבות אסטמה, COPD, שיעול ממושך, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.					
4					
בלחץ דם מערכת לב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, PVD.					
5					
במערכת העיכול ובקעים - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, הרניה מכל סוג.					
6					
בכבד, במרה, בלבלב ובטחול - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים ו/או דלקת בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל.					
7					
בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.					
8					
מחלה מטבולית ו/או הורמונלית - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה					
9					
בדם במערכת החיסון ומחלות זיהומיות - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, הפרעה במערכת החיסון, איידס (גם נשאות), שחפת					
10					
מחלות ממאירות ו/או גידולים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני, גידול שפיר.					
11					
במערכת השלד ושרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופרוזיס / אוסטאופניה), פרטס.					
12					
במערכת הראיה ו/או אף אוזן גרון - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס, פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול					
13					
במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שרירני, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספידיאס.					
14					
מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיבורמיאליגיה.					
15					
האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי, משתמש בעזרי נידות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, תשישות נפש, דמנציה, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לתפקד בלי עזרה					
ח.3 שאלות נוספות					
1					
האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט _____					
2					
האם הנך מצוי כעת בכרור רפואי. נא פרט _____					
3					
האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או הנך מועמד לניתוח. האם עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? האם אושפזת ב 5 שנים האחרונות? יט כ					
4					
האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות. כא					
ח.4 הצהרת המועמד לביטוח על - אישור תנאי קבלה מיוחדים ושינוי במצב בריאות					
א. אני מאשרת את רכישת הביטוחים המבוקשים גם במידה ואדרש לשלם בנין קבלתי ב. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום לביטוחים המבוקשים תוספת חיתומית של עד 50% בנין _____ ו/או שקבלתי לביטוחים המבוקשים תהא כפופה להחרגה לפיה המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב _____ ידוע לי כי המבטח יתא רשא להתנות את קבלתי לביטוחים המבוקשים בתוספת חיתומית גבוהה מזו המפורטת לעיל ו/או בהחרגות שונות ו/או נוספות גם בנין מחלות. ו/או מצבים בריאותיים שונים מאלו שפורטו לעיל.					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד הראשון לביטוח </div> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד השני לביטוח </div> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד הראשון לביטוח </div> </div>					

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבטוח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה") ומאשר בחתימתי להלן את כל האמור בה:
1. ידוע לי / לנו כי:

- א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

ג. למועמדי פוליסת מדיכלל 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).

2. ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן "קבוצת כלל") ו/או כל מידע בקשר אליי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על-פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסמיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

4. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות (סעיף 4 א' בחוזר המפקח)

כדי לברר אם ככוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שכרשותך, אנב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנוסף לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולות החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

מועמד ראשון		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא
1. האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות בתוקף?			
אם התשובה לשאלה לעיל (1) חיובית, יש להמשיך לשאלות 2-3. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:			
2. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא / יסולקו באופן חלקי או מלא / או יסתיימו בכל דרך אחרת?			
3. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או הפרמיה			
תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 2 ו/או 3 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.			

חתימות המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה

1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
 קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים
 ולכל מאן דבעי
 אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____
 אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הגני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטוח על-ידה, הרני 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 הסייעדי. 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.

תאריך _____

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה חתימת המועמד השני

יא. מינוי הסוכן כשלוחו של בעל הפוליסה / המועמדים לביטוח

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:
נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה, להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשון לביטוח חתימת המועמד השני לביטוח

יב. הצהרת הסוכן

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמד/ים לביטוח.
2. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל וכי הצגתי למועמדים את הגילוי נאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.
3. למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות שבתוקף: לא כן

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן

סוג הפוליסה הקיימת _____ (במידה ואמצעי התשלום אינו של המבוטח עמו מתבצעת הרכישה, יש לקבל את אישורו של משלם הפוליסה לגביית פרמיה נוספת מחשבונו).	גבייה באמצעי תשלום קיים הגבייה באמצעות אמצעי התשלום ממנו מבוצעת גביית דמי הביטוח במסגרת פוליסת <input type="checkbox"/> חיים או <input type="checkbox"/> בריאות מספר _____
חתימת בעל אמצעי התשלום / הצהרת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>	שם בעל אמצעי התשלום / זיקה _____

ג.1 פרטי כרטיס האשראי (תשלום חודשי)

מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס האשראי מספר כרטיס אשראי רחוב מספר יישוב מיקוד	סוג הכרטיס <input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר
אני הח"מ נתן בזה לחברת כלל ביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בנין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין כלל ביטוח בע"מ.		
תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>		

ג.2 הרשאה לחיוב חשבון הבנק (תשלום חודשי)

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">מספר חשבון בנק</td> <td style="width: 15%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 15%;">קוד מסלוקה</td> <td style="width: 15%;">קוד מסלוקה בנק</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">קוד מוסד</td> <td style="width: 15%;">אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">628</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מסלוקה בנק	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה			628				לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ הכתובת _____ 1. אני הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____ כתובת _____ נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בנין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה". 2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאיתנו 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. אהיה/נהיה רשאים/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאים/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק, שהחיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. 3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב. 4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. 6. הבנק רשאי להוציא/ינו 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 ממני/מאיתנו.
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מסלוקה בנק										
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה												
628													
תאריך _____ חתימת בעלי החשבון <input checked="" type="checkbox"/>													
צוות _____													

פרטי ההרשאה
 סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מסלוקה בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
628			

אישור הבנק

צוות _____

קיבלנו הוראות מ- _____

לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימנו ימסר למשלם.

בכבוד רב, _____

חתימה
 וחותמת
 הסניף