

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

תוכן העניינים

- 1 פרטי המועמדים לביטוח וילדיהם ואופן התשלום
- 2 פרטי הביטוחים המוצעים והצהרות לביטוח הסיעודי המוצע
- 3 הצהרות, פרטי כרטיס אשראי והרשאה לבנק
- 4-5 הצהרת בריאות
- 6 שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

לתשומת לב!

בטופס הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד זה – 6 עמודים.
כל עמוד ימולא במקור ו-2 העתקים ("נייר כימיו").
בעת מילוי כל עמוד טופס (על העתקיו) יש להשתמש בדף קרטון זה
כחוצץ, להפרדה בין עמוד אחד למשנהו, למניעת ההעתקה של הפרטים
לעמודי הטופס שלאחריו.

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

סופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם הסוכן	מספרו	חותמת תאריך קבלה בחברה
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות	
מספר ההצעה		

פרטי המועמד הראשון (בעל הפוליסה)	הפרטים למילוי	פרטי המועמד השני
משפחה פרטי	שם משפחה ופרטי	משפחה פרטי
ס"ב שנה חודש יום	מספר זהות תאריך לידה	ס"ב שנה חודש יום
ז <input type="checkbox"/> י <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ילדים	מצב משפחתי מין ילדים	ז <input type="checkbox"/> י <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ילדים
<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____	הצהרת עישון	<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____
מקצוע עיסוק בפועל	מקצוע עיסוק בפועל	מקצוע עיסוק בפועל
תחביב	תחביב מסוכן	תחביב
רחוב מס' בית	כתובת	רחוב מס' בית
יישוב מיקוד		יישוב מיקוד
רגיל נייד	מספרי טלפון	רגיל נייד
פקס e-mail	פקס e-mail	פקס e-mail
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ← אם שוחררת מטעמי בריאות, פרט _____	האם שירתת בצבא?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ← אם שוחררת מטעמי בריאות, פרט _____
קופת-חולים משלים קופת-חולים כן, שם התכנית _____ לא	קופת-חולים משלים קופת-חולים	קופת-חולים משלים קופת-חולים כן, שם התכנית _____ לא
שם הרופא המטפל ושם היישוב	שם הרופא המטפל ושם היישוב	שם הרופא המטפל ושם היישוב
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ אם בחברתנו, רשום את מספרי הפוליסות	האם אתה מבוטח בביטוח רפואי ו/או סיעודי כולל במסגרת קבוצתית?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ אם בחברתנו, רשום את מספרי הפוליסות
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם אי-פעם נדחתה הצעתך לביטוח סיעודי/בריאות/חיים או התקבלת בתנאים מיוחדים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____

ב. פרטי הילדים המועמדים לביטוח

שם הילד - רשום גם שם משפחה אם שונה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	1
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	2
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	3
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	4

חתימת מועמד שני XX

חתימת מועמד ראשון X

תאריך

אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף ז) <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא בסעיף ח)	תאריך התחלת הביטוח 01/___/20___
---	---	---------------------------------

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

ד. פרטי ביטוח הבריאות המוצע

<input type="checkbox"/> הביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> אחריות חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (בלו טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (עם טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות משלים לשב"ן <input type="checkbox"/> אחר
נספחים לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> סל תרופות פרטי (עד 5,000,000 ש"ח) <input type="checkbox"/> ייעוץ ובדיקות <input type="checkbox"/> בריאות לאישה (עד 1,500,000 ש"ח) <input type="checkbox"/> כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> ניתוחים בחו"ל <input type="checkbox"/> תרופות מורחב
כתבי שירות לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> רפואה אלטרנטיבית <input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לאחריות <input type="checkbox"/> אחר
אחריות לחיים (מחלות קשות)	<input type="checkbox"/> כפוליסה עצמאית (למבוטח חדש בלבד) <input type="checkbox"/> כנספה לפוליסת בריאות מספר _____ סכום ביטוח _____ ש"ח מועמד ראשון _____ ש"ח מועמד שני _____ ש"ח סכום ביטוח _____ ש"ח <input type="checkbox"/> נספח רפואה שלמה לילד - מגיל שנה _____ סכום ביטוח לכל ילד _____ ש"ח

ה. פרטי ביטוח הסיעוד המוצע (לכל מועמד תופק פוליסה נפרדת)

סיעוד	<input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לפוליסת הסיעוד	כתב שירות												
אחריות לעתיד	תקופת המתנה _____ גמלת הסיעוד _____ <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> 60 ימים <input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים												
אחריות אישית לעתיד - נספח	תקופת המתנה _____ גמלת הסיעוד _____ <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני _____ ש"ח	<input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים												
אחריות לעתיד young	תקופת המתנה _____ גמלת הסיעוד _____ <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון _____ ש"ח	<input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים												
אחריות לעתיד משלים	פוליסת "אחריות לעתיד משלים" משלמה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד אשר נרכשה עליי המבוטח באמצעות קופת-חולים או מכוח הסכם קבוצתי או כפוליסת סיעוד פרטית (להלן "הפוליסות הבסיסיות") ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסות הסיעוד בצמידות לפוליסות הבסיסיות. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסות הבסיסיות (בדרך-כלל 3 שנים או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. כדי למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעלפי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 שנים או 5 שנים (לפי תכנית הביטוח שנרכשה עלייך בהצעה זו) בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי. לתשומת לבך! רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד במסגרת הפוליסות הבסיסיות (שנרכשו במסגרת קופת-חולים, בהסכם קבוצתי או כפוליסת סיעוד פרטית).													
אחריות לעתיד משלים	<table border="1"> <tr> <th>המועמד הראשון</th> <th>פרטים</th> <th>המועמד השני</th> </tr> <tr> <td>שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____</td> <td>משלים קופת-חולים _____</td> <td>שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____</td> <td>קופת-חולים והגוף המבטח _____</td> <td><input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.</td> <td>תקופת המתנה _____</td> <td><input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.</td> </tr> </table>	המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני	שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____	משלים קופת-חולים _____	שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	קופת-חולים והגוף המבטח _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.	תקופת המתנה _____	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.	<p>הערה: תקופת המתנה לביטוח סיעודי משלים (36 או 60 חודש), מותנית בכך שלמבוטח ביטוח סיעודי בסיסי המכסה את תקופת המתנה (36 או 60 חודש) <input checked="" type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> תקופת תשלום התגמול הסיעודי <input checked="" type="checkbox"/> כל החיים</p> <p>שם _____ סכום גמלת הסיעוד החודשית _____ ש"ח</p>
המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני												
שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____	משלים קופת-חולים _____	שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____												
<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	קופת-חולים והגוף המבטח _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____												
<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.	תקופת המתנה _____	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.												
אחריות לעתיד משלים	<table border="1"> <tr> <th>למועמד ראשון</th> <th>פרטים</th> <th>למועמד שני</th> </tr> <tr> <td>שם _____ משפחה _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____</td> <td>שם _____ משפחה _____ מספר זרות _____</td> <td>שם _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____</td> </tr> </table>	למועמד ראשון	פרטים	למועמד שני	שם _____ משפחה _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____	שם _____ משפחה _____ מספר זרות _____	שם _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____	<p>אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי לידי את ה"מדריך לקונה בביטוח סיעודי".</p> <p>2. לפוליסת אחריות לעתיד משלים אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת-חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (5 שנים), ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו.</p> <p>תאריך _____ חתימת מועמד ראשון _____ חתימת מועמד שני _____</p> <p>הצהרת הסוכן - לפוליסת "אחריות לעתיד משלים" אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותו מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת-חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. כמוכך הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "אחריות לעתיד משלים" כולל תקופת המתנה בת 36 החודשים (3 שנים) או 60 החודשים (5 שנים) בהם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו. על-פי מה שמסר לי אישית עלייך המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת הביטוח הסיעודי באמצעות קופת-חולים פוליסה פרטית/פוליסה קבוצתית.</p> <p>תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____</p>						
למועמד ראשון	פרטים	למועמד שני												
שם _____ משפחה _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____	שם _____ משפחה _____ מספר זרות _____	שם _____ פרטי _____ יחס _____ מספר זרות _____												

ו. הצהרות לביטוח הסיעודי המוצע

הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי לידי את ה"מדריך לקונה בביטוח סיעודי".

2. לפוליסת אחריות לעתיד משלים אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת-חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (5 שנים), ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשון _____ חתימת מועמד שני _____

הצהרת הסוכן - לפוליסת "אחריות לעתיד משלים"
אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותו מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת-חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. כמוכך הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "אחריות לעתיד משלים" כולל תקופת המתנה בת 36 החודשים (3 שנים) או 60 החודשים (5 שנים) בהם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו.
על-פי מה שמסר לי אישית עלייך המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת הביטוח הסיעודי באמצעות קופת-חולים פוליסה פרטית/פוליסה קבוצתית.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____

ז. הצהרת המבקש/ים / המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבטח/ים לפי הצעה זו (להלן "הצעה").

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 האשרה שתקופתה 90 ימים. בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון, ללידה ולתוצאותיהם תקופת האשרה היא 365 ימים ממועד התחלת הביטוח.
- ב. ביטוח זה אינו מסכה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין. במקרה של דחיית הצעה המבטח ינמק את החלטתו.
- ד. **למבטחי פוליסת אחריות למשלים:**

- (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) שירותי נוספים בקופות החולים). 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' בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או הממועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

2. אני מצהיר בזאת כי אני שלוחו של

וכי אני מוסמך למסור לחברה את הפרטים המופיעים בהצעה זו.
אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסכים/ים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/ינו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופסים/טבעיים שלהם.

3. יתור על סודיות וקשר עם לקוח

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ומטעמה), והכל 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 פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראייה באתי/נו על החתום:

מספר זהות _____ חתימה X
מספר זהות _____ חתימה XX

חתימת המועמד הראשון/בעל הפוליסה

שם המועמד _____ תאריך _____
שם המועמד _____ תאריך _____

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.

חתימת המועמד הראשון לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח XX

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמד/ים לביטוח.
אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל.

שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימה הסוכן _____
תאריך _____

ח. פרטי כרטיס האשראי

שם בעל כרטיס האשראי	סוג הכרטיס
מספר כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר
אני הח"מ נתן בזה לחברת כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטי מפורטים כאן, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.	
תאריך _____	חתימת בעל הכרטיס X

ט. הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף	בנק
קוד מוסד 7377	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
<p>לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ כתובת _____</p> <p>1. אני/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____</p> <p>מכתובת _____</p> <p>נתון/ים לכם בזה הרשאה לחייב את חשבוננו/הנל בסניפכם בגין פרמיה/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשמית על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי הכרטיס האשראי".</p> <p>2. ידוע לי/לנו כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתם בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה שאי/ם לבטל מראש חוב מסוים שחודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החוב. ג. אהיה/נהיה שאי/ם לבטל חוב, לא יותר משעשים יום ממועד החיוב, אם אוכח/נכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שקבענו בכתב ההרשאה, אם נקבע. 3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילומי, הם משאים שעל/נו להסדיר עם המוטב. 4. ידוע לי/לנו כי סמטי החיוב על-פי הרשאה זו, יפועו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע. 6. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-ידי מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתם. <p>חתימת בעלי החשבון X תאריך _____</p> <p>צעות _____</p>			

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף	בנק
קוד מוסד 7377	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
<p>לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ כתובת _____</p> <p>1. אני/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____</p> <p>מכתובת _____</p> <p>נתון/ים לכם בזה הרשאה לחייב את חשבוננו/הנל בסניפכם בגין פרמיה/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשמית על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי הכרטיס האשראי".</p> <p>2. ידוע לי/לנו כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתם בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה שאי/ם לבטל מראש חוב מסוים שחודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החוב. ג. אהיה/נהיה שאי/ם לבטל חוב, לא יותר משעשים יום ממועד החיוב, אם אוכח/נכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שקבענו בכתב ההרשאה, אם נקבע. 3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילומי, הם משאים שעל/נו להסדיר עם המוטב. 4. ידוע לי/לנו כי סמטי החיוב על-פי הרשאה זו, יפועו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע. 6. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-ידי מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתם. <p>חתימת בעלי החשבון X תאריך _____</p> <p>צעות _____</p>			

פרטי המועמדים לביטוח	שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בסי"מ	מועמד ראשון	
								נ	ז

1		שאלות מבוא כללי								ילדים עד גיל 18 - שמות										
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא								1		2		3		4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			
				1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים																
				2. מעשן? כמה זמן? _____ כמות ליום _____ אם הפסקת ציין מתי _____																
				3. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר																
				4. שותה משקאות אלכוהולים <input type="checkbox"/> מזדמן <input type="checkbox"/> עד 2 כוסות ליום <input type="checkbox"/> יותר מ-2 כוסות ליום																

2		שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים								ילדים עד גיל 18 - שמות										
מועמד ראשון		מועמד שני		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או בעיות רפואיות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? השאלון								1		2		3		4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			
				א. מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה ביולוגיים מדרגה ראשונה (הורים ילדים, אחים) שהיא מחלת לב, סוכרת, סרטן, מחלה נירולוגית, נפשית, ניסיון התאבדות או מקרה מוות. אם כן, פרט: מה הקרבה, המחלה ובאיזה גיל אובחנה או אירע מקרה המוות.																
				ב. במערכת העצבים והמוח והפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD																
				ג. בנפש: לרבות דיכאון, חרדה, אובססיה, סכיזופרניה																
				ד. בדרכי הנשימה ובריאות: לרבות אסטמה (ברונכיט), COPD, אמפיזמה																
				ה. בעור: לרבות גידולים ו/או נגעים, פסוריאזיס, דלקות																
				ו. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב ו/או הולכה, מום מולד, פגיעה במסתמים, טרשת עורקים, מפרצת באורטה, טרומבוז, ורידים מורחבים, PVD																
				ז. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)																
				ח. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, טחול מוגדל																
				ט. בכליות ובדרכי השתן: לרבות פרוסטטה, אבנים, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן																
				י. מחלות מטבוליות ו/או אנדוקריניות: לרבות סוכרת, שומנים, טריגליצרידים, בלוטת המגן, יותרת התריס, פרולקטינומיה																
				יא. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם) ספירת הדם, קרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון																
				יב. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך																
				יג. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן																
				יד. במערכת השלד והשרירים: לרבות ליקויים בעמוד השדרה, בעצמות, באגן, אוסטיאופורוזיס																
				טו. במערכות הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות קראטוקונוס, ליקוי ראייה מעל 7-, קטרקט, דלקות אוזניים חוזרות, סינוסיטיס חוזרת, פוליפים, שקדים, דום נשימה בשינה																
				טז. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירני, בעיות פרייון גם אצל גברים, כעת בהיריון, אשך סמיך, ורקוצלה																
				יז. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות דלקת מפרקים שגרנית, ראומטואיד, ארטריטיס, לופוס (זאבת)																

3		שאלות נוספות בעבור ביטוח סיעודי - למילוי רק אם יירכש הכיסוי								ילדים עד גיל 18 - שמות										
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא								1		2		3		4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			
				הומלץ על אשפוז ו/או ניתם לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי, משתמש בעזרי נידודת כדי ללכת, שימוש קבוע בקטר לשתן/מעיין/קיבה/ או אחר, אי שליטה על הסוגרים, נפילות חוזרות, תשישות נפש, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לאכול ולשתות, להתרחץ ולהתגלח, להתלבש ולהתפשט, לקום ולשכב, לתפקד בלי עזרה.																

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

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

לא, חתום כנדרש בתחתית השאלון לפוליסת ביטוח בריאות זה וסיים בזה את מילוי.

כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם הפוליסות לביטוח בריאות כולל ריידרים שבתוקף:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת –

לא כן

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה –

לא כן

תשובה חיובית לאחד או יותר מן הסעיפים א ו-ב לעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימת
המבטוח השני XX

חתימת
המבטוח הראשי X

תאריך _____

הצהרת הסוכן

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: לא כן

חתימת
הסוכנת

חתימת
הסוכן

תאריך _____