לכל רגע בחיים
יש כלל
ביטוח

הצעה לביטוח חיים
"קלאסי"

לתשומת לב!
בהצעה לביטוח המצורפת, 6 עמודי טופס.
כל עמוד ימולא במקור ו- 2 העתקים ("נייר כימי").
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.

סוכן יקר, באחריותך לוודא:

- חתימות במקומות הנדרשים
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 3

שם משפחה _____ שם הפרטי _____ טלפון _____

מין ☐ ז ☐ נ תאריך לידה _____ מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ילדים _____ טלפון נייד _____

מקצוע / עיסוק _____ תחביבים מסוכנים _____ מייל _____

תאריך _____

טבלה זו נועדה לשמש אותך הסוכן ואת הלקוח על מנת לברר את צורכי הלקוח להתאים אליו את סוגי הביטוח.
במסגרת תהליך זה, אין באמור כדי למצות את כל הבדיקות שיתכן ויש לערוך והוא נועד להוות כלי עזר בלבד. האמור אינו מחליף או ממצה את חובותיך הדרושות כסוכן על פי דין.

	סוג ביטוח	האם קיים כיסוי	סכום ביטוח	הערות
סכון לוגא טוום	מקרה מוות	☐ כן ☐ לא		
	אובדן כושר עבודה	☐ כן ☐ לא		
	נכות מתאונה	☐ כן ☐ לא		
	מוות מתאונה	☐ כן ☐ לא		
	מחלות קשות	☐ כן ☐ לא		
בריאות *	ניתוחים	☐ כן ☐ לא		
	השתלות ותרופות	☐ כן ☐ לא		
	סיעודי	☐ כן ☐ לא		
	אחריות לחיים / אחריות לחיים וסרטן	☐ כן ☐ לא		
	הגנה עצמית פלוס	☐ כן ☐ לא		
ביטוח כללי *				מועד חידוש
	רכב	☐ כן ☐ לא		
	דירה (משכנתא)	☐ כן ☐ לא		
	תאונות אישיות	☐ כן ☐ לא		
	משרד / עסק	☐ כן ☐ לא		

* לרכישת כיסויים מסוג "בריאות" ו/או "ביטוח כללי" יש למלא הצעה לביטוח נוספת לפי העניין

Clal_Design_Life_006 06_13 15971 מודפס מקיט

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר הצעה	☐☐☐☐☐☐☐-☐ ☐☐☐☐☐☐☐-☐

לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clal.co.il

כלל ביטוח
לכל רגע בחיים יש כלל

הצעה לביטוח חיים מסוג "קלאסי"

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

א. פרטי בעל הפוליסה

שם המשפחה		השם הפרטי		מספר הזהות/ח"פ (אם חברה בע"מ)	מין ☐ז ☐נ	תאריך לידה
כתובת מגורים***	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד	דוא"ל @	
מספר הטלפון		מספר הנייד		מספר הפקס		

ב. פרטי המועמד לביטוח - לפי הרשום בתעודת הזהות (חובה לצרף צילום תעודה מזהה)*

המועמד הראשי לביטוח		פרטים		המועמד השני לביטוח	
שם משפחה	שם פרטי	שם המשפחה והשם הפרטי		המשפחה	הפרטי
ס"ב	19	מס' זהות	תאריך לידה**	ס"ב	19
☐ז ☐נ	☐רווק ☐נשוי ☐גרוש ☐אלמן	מין	מצב משפחתי	☐ז ☐נ	☐רווק ☐נשוי ☐גרוש ☐אלמן ילדים
☐לא ☐כן	☐הפסקתי לפני _____ שנים	האם אתה מעשן או שעישנת ב- 3 השנים האחרונות?		☐לא ☐כן	☐הפסקתי לפני _____ שנים
		המקצוע / העיסוק			
☐לא ☐כן, פרט _____		האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חייך?		☐לא ☐כן, פרט _____	
☐לא ☐כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____		תחביב מסוכן לדוגמה: צלילה טיסה, דאייה וכד'		☐לא ☐כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____	
כתובת מגורים***	רחוב	מס'/ת"ד	מיקוד	יישוב	מספר טלפון	דוא"ל @
☐לא ☐כן, פרט _____		האם נדחתה או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי?		☐לא ☐כן, פרט- _____	
☐לא ☐כן, פרט _____		האם אתה בעל רשיון טיס או איש צוות אויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?		☐לא ☐כן, פרט- _____	
☐לא ☐כן, פרט _____		האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים?		☐לא ☐כן, פרט- _____	
המוטבים במות המועמד הראשי		המוטבים לביטוח**** אם מבוקש		המוטבים במות המועמד השני	
		← שם משפחה →			
		שם פרטי			
		מספר זהות			
		תאריך לידה			
%	%	%	יחס קרבה / חלק ב- %	%	%	%
☐יורשים חוקיים ☐לפי צוואה		☐חברה _____ רשום ח"פ _____		☐יורשים חוקיים ☐לפי צוואה	

* נא תשומת לבך, כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי יעודכנו הפרטים הבאים: שם, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה ומין על פי הרשום במרשם האוכלוסין במשרד הפנים האמור יחול גם לגבי פוליסות ביטוח חיים אחרות, ככל שקיימות בבעלותך.

** קביעת הגיל לצורכי הפוליסה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

*** אני החתום מטה, המועמד הראשי לביטוח ולבעלות על הפוליסה, מבקש מכלל חברה לביטוח בע"מ לרשום את כתובתי שלעיל בכל פוליסות ביטוח חיים, על שמי בחברתכם

**** המוטבים לכיסוי ברקת יש למלא בסעיף ד

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה
__ __ /20__ __ /01	חודשי ☑	☐ גבייה מפוליסה קיימת - שים לב, בעל הפוליסה חייב להיות זהה לבעל הפוליסה בהצעה זו נא לגבות על-פי הסדר הגבייה בפוליסת ביטוח חיים מספר _____ ☐ כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף ז') ☐ הוראת קבע (מלא פרטים בסעיף ח')

Clal_Design_Life_006 06_13 15971 מידפס מק"ט

ד. כיסויים ביטוחיים

- הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר.
- תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי.
- ההצעה למועמד הראשי והמועמד השני, מהוות הצעות נפרדות ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המבוטח הראשי או השני, אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המבוטח הראשי או השני בהתאמה.

מועמד ראשי		סוג הכיסוי	מועמד שני (פוליסה נפרדת)	
לגיל	סכום הביטוח בש"ח		לגיל	סכום הביטוח בש"ח
70	_____ ש"ח	ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי) ☐ כל שנה ☐ כל שנה ☐ כל 5 שנים ☐ כל 5 שנים	70	_____ ש"ח
65	_____ ש"ח	מוות מתאונה	65	
65	_____ ש"ח	נכות עקב תאונה	65	
70	_____ ש"ח	אחריות לחיים	70	ש"ח
21	_____ ש"ח	נכות מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות	21	גיל הכניסה המרבי הוא 17 שנים
21	_____ ש"ח	רפואה שלמה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות	21	גיל הכניסה המזערי הוא שנה והמרבי 17 שנים
אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 ☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67	☐ ביטוח הכנסה ☐ ביטוח הכנסה - עיסוקי עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה **חובה לפרט!** ☐ פיצוי ושחרור ☐ שחרור בלבד תקופת המתנה ☐ 1 ח' ☐ 3 ח' ☐ 6 ח' הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור ☐ מורחב ☐ פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תק' המתנה היא 1 ח') ☐ ביטול קיזוז בטל"א מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב) ☐ _____ ☐ _____	ביטוח אובדן כושר עבודה למלא אם מבוקש פיצוי לאובדן כושר עבודה	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 ☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67	☐ ביטוח הכנסה ☐ ביטוח הכנסה - עיסוקי עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה **חובה לפרט!** ☐ פיצוי ושחרור ☐ שחרור בלבד תקופת המתנה ☐ 1 ח' ☐ 3 ח' ☐ 6 ח' הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור ☐ מורחב ☐ פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תק' המתנה היא 1 ח') ☐ כיסוי לטרור ו/או מלחמה ☐ ביטול קיזוז בטל"א מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)
_____ ש"ח		סכום הפיצוי החודשי בש"ח*	_____ ש"ח	

65	_____ ש"ח	**משלים אובדן כושר עבודה** (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ- 5,000 ש"ח) חובה לרכוש "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי"	65	_____ ש"ח

☐ **משלים לפנסיית נכות עד גיל 65, תקופת המתנה 3 חודשים.** אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור במקרה אובדן כושר עבודה מסוג "ביטוח הכנסה - עיסוקי". סכום הביטוח_____ש"ח. המועמד הראשי עמית פעיל בקרן הפנסיה_____.

עד תום תקופת הביטוח שנקבעה לכיסוי אכ"ע	תשלום חודשי _____ ש"ח תקופת תשלום מירבית ☐ 6 ח' ☐ 12 ח'	כלל הרחבה לעצמאים ** תקופת ההמתנה שנקבעה לכיסוי אובדן כושר עבודה (3 או 6 חודשי המתנה בלבד). לא ניתן לרכוש הכיסוי עם תק' המתנה של 1 חודש	עד תום תקופת הביטוח שנקבעה לכיסוי אכ"ע	תשלום חודשי _____ ש"ח תקופת תשלום מירבית ☐ 6 ח' ☐ 12 ח'

ביטוח למקרה מוות - ברקת בפרמיה משתנה מדי שנה: תום תקופת הביטוח תקבע לא יאוחר מגיל 70 של המועמד לביטוח

פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשון לביטוח			פרטי המוטבים במות המבוטח הראשון				
סוג הכיסוי	סכום הביטוח בש"ח	תק' הביטוח	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ת.ז.	קרבה למבוטח
ביטוח יסודי							
ביטוח נוסף							
ביטוח נוסף							
ביטוח נוסף							

פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח			פרטי המוטבים במות המבוטח השני				
סוג הכיסוי	סכום הביטוח בש"ח	תק' הביטוח	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ת.ז.	קרבה למבוטח
ביטוח יסודי							
ביטוח נוסף							
ביטוח נוסף							
ביטוח נוסף							

* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב- 12 החודשים האחרונים, טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז ממנו כל פיצוי חודשי המגיע לך מכל גוף מוסדי אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

** חובה לרכוש פיצוי אובדן כושר עבודה מסוג "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי".
התשלום החודשי יוגבל עד 30% מהפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה או עד תקרה של 6,000 ש"ח הנמוך מביניהם.

מידפס מקיט 15971 06_13 Clal_Design_Life_006

ה. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים - למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים (סעיף 4 א' בחוזר המפקח) שם המבוטח _____

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 פעולות ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

1. האם בידיך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

☐ **לא, עבור לשאלה 2**

☐ **כן, נא פרט**

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף: ←

הפעולות	מועמד ראשון		מועמד שני	
	לא	כן	לא	כן
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 בידיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?

☐ **לא, חתום כנדרש בסוף השאלון לפוליסת ביטוח חיים**

☐ **כן, נא פרט**

כחלק מרכישתך פוליסה חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: ←

הפעולות	מועמד ראשון		מועמד שני	
	לא	כן	לא	כן
בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי				
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח				

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתבאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי X _____ חתימת המועמד השני XX _____

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

תאריך _____ חתימת הסוכן (X) _____ חתימת הסוכנות (X) _____

ו. הצהרות

הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח

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

א. **אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי** כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמת/נו 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/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני/נו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי/לנו על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ב. **אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה** כי קיבולה או דחייתה של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ג. **בביטוח משלים לפנסיית נכות בלבד - ידוע לי/נו כי** בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.

ד. **לכיסוי ביטוחי כלל הרחבה לעצמאיים** - הנני מצהיר כי הנני עובד כעצמאי, ואני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בסטטוס המיסוי מעובד עצמאי לעובד שכיר או לעובד בעל שליטה בחברת מעטים.

ה. **אני/ו מצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מהכנסתי/נו ומתחייב/ים להודיע לחברה על כל מקרה של שינוי במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.**

ו. ידוע לי/לנו שהודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

ז. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

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 ביטוח פנסיה ופיננסים"**) ו/או כל מידע בקשר אליי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת 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 בעבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים 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 פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____

חתימת המועמד הראשי X _____ חתימת המועמד השני XX _____

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים **עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%**

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____ חתימת המועמד הראשי X _____ חתימת המועמד השני XX _____

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

סוכן הביטוח הרשום בהצעה זו, מתמנה בזה להיות שלוחי ומתבקש בזה לפעול מטעמי לעניין המו"מ לקראת כריתת חוזה הביטוח עם המבטח ולעניין כריתתו. מסמכים ו/או בקשות שיועברו למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל, יחייבו את המבטח רק משאושרו בכתב על-ידו או על-ידי חתם מוסמך מטעמו.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____ חתימת המועמד הראשי X _____ חתימת המועמד השני XX _____

הצהרת הסוכן

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמד/ים לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי. חתימת הסוכן _____ תאריך _____

מידכס מקיים 15971 06_13 Ctal_Design_Life_006

ז. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס ☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ _____	בתוקף עד	מספר כרטיס אשראי
	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות ס"ב
כתובת רחוב	מספר	יישוב / מיקוד

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 שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X _____

ח. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה סניף / בנק
קוד מוסד **628**	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד
בנק_____
סניף_____
הכתובת_____

1. אני הח"מ _____
שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות
כתובת _____

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין 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 רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, שהחיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההראשה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוים, הם נושאים שעלי/נו 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 בגין 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 להוציאני/ו 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.

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

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון X _____

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה סניף / בנק
קוד מוסד **628**	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
דרך מנחם בגין 48, תל-אביב, 66180

קיבלנו הוראות מ-_____ מספר זהות_____

לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נם 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 הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך_____
בנק_____
סניף_____

בכבוד רב,

חתימה וחותמת הסניף

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

מידפס מק"ט 15971 06_13 Clal_Design_Life_006

ט. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

כתוב בלשון יחיד, תקף גם ללשון רבים

פרטי המועמדים לביטוח

	שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון				☐ ז ☐ נ			
מועמד שני				☐ ז ☐ נ			
ילדים 1				☐ ז ☐ נ			
2				☐ ז ☐ נ			
3				☐ ז ☐ נ			

מועמד ראשון	מקצוע	עיסוק	תחביב	מועמד שני	מקצוע	עיסוק	תחביב
	שם הרופא המטפל	קופת חולים			שם הרופא המטפל	קופת חולים	

1 שאלון מבוא כללי	מועמד ראשון לא	מועמד ראשון כן	מועמד שני לא	מועמד שני כן	ילדים - שמות 1 לא	1 כן	2 לא	2 כן	3 לא	3 כן
1. ירידה במשקל של יותר מ- 10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב- 12 החודשים האחרונים										
2. מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים - אם כן, פרט בשאלון **א** בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים"										
3. עישון - האם את מעשן היום ☐ **סיגריות** - אם כן פרט כמות ביום: ☐ עד 20 ☐ עד 40 ☐ עד 60 ☐ יותר מ- 60 ☐ **סיגרים** ☐ **מקטרת** ☐ **נרגילה**										
3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות										
3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ- 3 שנים ואי-חזרה לעישון כלל										
4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר אות השאלון **יח**										
5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים										

2 שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים	מועמד ראשון לא	מועמד ראשון כן	מועמד שני לא	מועמד שני כן	ילדים - שמות 1 לא	1 כן	2 לא	2 כן	3 לא	3 כן
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.** אות השאלון										
1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות **ב**										
2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אובדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי **ג**										
3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומטורקס, סרקואידוזים, דום נשימה בשינה **ד**										
4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזזת **ה**										
5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב, מום בלב, איוושה, פריקרדיטיס (דלקת קרום הלב), צינתור, טרומבוזה, תסחיף, מפרצת באאורטה **ו**										
6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסריון, מחלת קרוהן, אולצרטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיסיס **ז**										
7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת לבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל **ח**										
8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה). **ט**										
9. מחלה מטבולית ו/או אנדוקרינית (הורמונלית): לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים),שיגדון (GOUT), FMF. **י**										
10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון **יא**										
11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך **יב**										
12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן **יג**										
13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה, בכטרב **יד**										
14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות הפרדות רשתית, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 8, אובאיטים, קרטוקונוס, ירידה בשמיעה, מחלת מנייר, טינטון, יבלות במיתרי הקול **טו**										
15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, הפלות חוזרות, כעת בהריון, אשך טמיר **טז**										
16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פבירומיאלגיה **יז**										

מדפס מקיט 15971 06_13 Clal_Design_Life_006

3				3 - שאלות נוספות	ילדים - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		(אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך הטבלה)	1		2		3	
לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן	לא	כן
				1. נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי ו/או השגחתי						
				2. קיימת מחלה ו/או בעיה כרונית ו/או תורשתית						
				3. אושפזת בחמש השנים האחרונות (לרבות אשפוז יום) למעט ניתוחים						
				4. נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית או שאתה צפוי לעבור ניתוח או בדיקה פולשנית אם כן, מהו הניתוח ומועדו _____						
				5. קיימת נכות כלשהי ו/או אתה בתהליך לקבלת נכות עקב תאונה ו/או מחלה ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות						
				6. נדחתה הצעה לביטוח חיים ו/או אובדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד						
				7. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו, נמצאו ממצאים חריגים						
				8. מצוי בבירור רפואי כלשהו						
				9. לילדים בלבד: בהתאם לגיל הילד, האם ישנם חיסונים שעדיין לא ניתנו?						

פירוט לשאלות בשאלון מספר 3 בלבד להן ניתנה תשובה חיובית. בכל מקרה אחר יש למלא שאלון מתאים על פי ההפניה בשאלונים 1 ו- 2.

מספר שאלה	שם המועמד	תיאור

הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור 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, 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 ו/או כל חברה בקבוצת כלל 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 ומחלותיי 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, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.

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

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

הצהרת המועמדים לביטוח

א. אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. 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 לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותיי על-פי הפוליסה להיפגע.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____

מספר זהות _____ חתימה X _____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____

מספר זהות _____ חתימה XX _____

מידפס מקיט 15971 06_13 Clal_Design_Life_006