

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש
____/____/____

מהדורת אוקטובר 2018

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □

דואר אלקטרוני

טלפון נייד

עיסוק

מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						
מועמד שני						

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

מועמד ראשון	מועמד שני
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה	
מספר/ת"ד	ישוב
רחוב	מיקוד
כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)	טלפון

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*

האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)

מועמד ראשון □ כן □ לא, מועמד שני □ כן □ לא, ילד מגיל 18 □ כן □ לא

פרטי מוטבים לפי פירוט

שם מוטב	יורשים חוקיים	לפי צוואה	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	% מתגמולי הביטוח
מועמד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					נ □ ז □	
מועמד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					נ □ ז □	
ילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					נ □ ז □	

תאונות אישיות

שם המוצר	נכספ שרותרים נוספיים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
תאונות אישיות (גיל כניסה 3-75)	מדיכלל הגנה עצמית 75	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 150	<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"/>
	מדיכלל הגנה עצמית 300	<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"/>

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



גיל מבוטח	סכום ביטוח: (1,000-4,000)	תקופת המתנה			תקופת פיצוי		
		14 ימים	30 ימים	שנה	שנתיים	3 שנים	
21-54	שם _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55-59		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21-54	שם _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55-59		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

600

הצהרת בריאות

לתשומת ליבך - יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

205

מועמד ראשון - שם פרטי	מועמד ראשון - תעודת זהות	תאריך מילוי הטופס
-----------------------	--------------------------	-------------------

מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים								
שמות המועמדים	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	כן	לא	כן	לא	כן	לא

3500

מועמד 1				מועמד 2				2. שאלון בריאות							
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

חתימות המועמדים (לגבי סעיפים 1-2) תאריך: ____/____/____

חתימת המועמד הראשון X חתימת המועמד השני XX חתימת ילד מגיל 18 XXX



אני/החתום/ים מטה, המועמדים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

- אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
- ידוע לי כי תשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
- ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר שנתתי את אישורי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

5. **נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.**

- אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
- ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

9. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

9.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

10. **בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

במידה וקיים מוצר דומה אולם בכוונת המבוטח לבטל אותו ולרכוש את המוצר המוצע במקומו, יש להעביר לחברה בקשת ביטול טרם הרכישה החדשה.

שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מוכן לאשר.

חתימת המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה **X**

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה **XX**

תאריך _____ שם ילד מגיל 18 _____ מס' זהות _____ חתימה **XXX**

הצהרת הסוכן

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמדים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמדים לביטוח.
- הקראתי למועמדים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבינו/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניהם/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.** במסגרת הליך בירור הצרכים בדקתי אם יש למועמדים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
- במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.**
- הסברתי למועמדים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
- מסרתי למועמדים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____

מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**



1. פרטי משלם אחר – במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום		

2100

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס חודש
	רחוב	מספר
	יישוב	מיקוד
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך חתימת בעל הכרטיס		

2300

3. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

<table border="1"> <tr> <td>מספר חשבון בנק</td> <td>סוג חשבון</td> <td>סניף</td> <td>בנק</td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד (המוטב) 628</td> <td colspan="3">אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ</td> </tr> <tr> <td colspan="4">אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שנקבעו בלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</td> </tr> </table>	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף	בנק	קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)			שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ				אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שנקבעו בלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.				לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק) _____ כתובת הסניף _____ <input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או- הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום ____/____/____.
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף	בנק														
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)																
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ																	
אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שנקבעו בלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.																	
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.																	
1. אני הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות) _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____ מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.																	
2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות: א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין. ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, היזכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאנו מן הסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב. 4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.																	
פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ																	
5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן: הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני. תאריך _____ שם הסוכן/נת _____ מספר הסוכן/נת _____ חתימת הסוכן/נת _____ וחתימת הסוכנות _____																	
*כל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות: _____ תאריך _____ חתימת הלקוחות _____																	

2400



הרשאת שימוש פרטנית לשימוש באתר הר הביטוח

לכבוד _____

א.ג.נ.

1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז.: _____, מייפה כוח/ה של חברת הביטוח/ סוכן הביטוח _____ לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח¹.

2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה.

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

אני _____ החתום מטה (שם מלא), מספר רישיון סוכן ביטוח/ ת.ז./ ח.פ הגורם המשווק: _____, מתחייב:

- לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד.
- שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך: _____ חתימת הגורם המשווק: _____

¹ הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: <https://harb.cma.gov.il>