

הצעה לביטוח "קלאסי"

לתשומת לב!

בהצעה לביטוח המצורפת 5 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:

- מילוי ההצעה על כל פרטיה;
- חתימות במקומות הנדרשים;
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 2.

**הצעה לביטוח
"קלאסי"**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

כלכל חברה לביטוח בע"מ

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

א. פרטי בעל הפוליסה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות/ח"פ (אם חברה בע"מ)	מין	תאריך לידה
			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
הכתובת	רחוב	מספר או ת"ד	יישוב	מיקוד
				מספר הטלפון

ב. פרטי המבוטחים - לפי הרשום בתעודת הזהות


המבוטח השני		פרטים	המבוטח הראשי	
שם המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	שם המשפחה	הפרטי
ס"ב	19	מספר הזהות	תאריך הלידה	ס"ב
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____	המין	המצב המשפחתי	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____
לא <input type="checkbox"/> כן, כמות ביום _____	הפסקתי לפני _____ שנים	האם אתה מעשן או שעישנת ב-3 השנים האחרונות?	לא <input type="checkbox"/> כן, כמות ביום _____	הפסקתי לפני _____ שנים
		המקצוע/העיסוק	התחביב	
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	דואל
				@
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים _____
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____
המוטבים במות המבוטח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)				
שם משפחה		שם פרטי		
מספר זהות		תאריך לידה		
%	%	%	חלק ב-%	יחס קרבה
במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על-פי הרשום לעיל)				
לפי צוואה <input type="checkbox"/> חברה <input type="checkbox"/> רשום ח"פ - _____				

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

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

פרטי בעל הפוליסה, המבוטחים והתשלום

ד. כיסויים ביטוחיים

מבוטח שני (פוליסה נפרדת)			סוג הכיסוי	מבוטח ראשי		
לגיל	לתקופה	סכום הכיסוי בש"ח		לגיל	לתקופה	סכום הכיסוי בש"ח
70			ספיר - פרמיה משתנה מדי שנים	70		
			ברקת			
65			מוות מתאונה	65		
65			נכות מלאה או חלקית מתאונה	65		
70			אחריות לחיים	70		
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה סכום הפיצוי החודשי ש"ח	60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67		ביטוח אבדן כושר עבודה למלא אם מבוקש פיצוי לאבדן כושר עבודה 	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה סכום הפיצוי החודשי ש"ח	60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67	
השתכרות בחודש האחרון				השתכרות בחודש האחרון		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים ש"ח			האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים ש"ח		
משלים אבדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד, לא יותר מ-5,000 ש"ח, חובה לרכוש הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס				משלים אבדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד, לא יותר מ-5,000 ש"ח, חובה לרכוש הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס		
תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי						

ה. משלים לפנסית נכות (למבוטח ראשי בלבד) - אפשר להוסיף רק אם יש פיצוי ו/או שחרור באבדן כושר עבודה והמבוטח הראשי עמית בקרן פנסיה

ש"ח _____ קרן הפנסיה _____ השכר הוא _____ ש"ח _____

ככל חברה לביטוח בע"מ שם המבוטח _____ קוד מסמך 171

ו. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים - למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים (סעיף 4 (א) בחוזר המפקח)

כדי לברר אם כוונתך 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:

הפעולות	לא	כן
יבטלו		
יפדו 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		

1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

- לא, עבור לשאלה 2
 כן, נא פרט

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

2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?

- לא, חתום כנדרש בסוף שאלון לפוליסת ביטוח חיים זה.
 כן, נא פרט

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: ←

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

הפעולות	לא	כן
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי		
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח		

תאריך _____ חתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח השני
 תאריך _____ חתימת הסוכן _____ חתימת הסוכנות _____

מק"ט 15971 / 64020606 ר"ה 1.2009

ז. הצהרות

הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה וליבוט

אני/החברה/המועמד/מועמדים לביטוח, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/מועמדים לביטוח, מבקשים/מבקשות מכלל חברי הביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד/מועמדים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

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

ב. אני/מוצהיר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלתי או דחייתיה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתי הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.

ג. ידוע לי/נו כי בנספח לאמור לעיל, חוזה הביטוח ייכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.

ד. ביטוח משלים לפנסיה נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.

ה. אני/מוצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מהכנסתי/נו ומתחייב/ים להודיע לחברה

שם המבוטח

על כל מקרה של שינוי במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.
כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מפרט לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות על פי שיקול דעתה של החברה.

ייתור 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 שגיע 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 פקסימילה, מערכת חיוב אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה (X) חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח השני (XX)

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

תאריך _____ חתימת המעביד (X) חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח 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 שיעברו

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה (X) חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח השני (XX)

הצהרת הסוכן

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מתווך 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.

תאריך _____ חתימת הסוכן

ח. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> כאל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
	<input type="checkbox"/> ישראלרטר	<input type="checkbox"/> דיינרס
	<input type="checkbox"/> לאומי קארד	
כתובת	רחוב _____	
	מספר _____	מיקוד _____
	שם בעל כרטיס האשראי _____	מספר זהות _____
	בתיקף עד _____	מספר כרטיס אשראי _____

שובר זה נחתם עליידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטנו למפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי (X)

ט. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

מספר חשבון בנק	קוד מוסד	מספר חשבון בנק	קוד מסלקה	סניף
_____	628	_____	_____	_____

שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____

מכתבות _____

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

2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה.

3. א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין.

4. ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר עליי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

5. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבע.

6. ד. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוסב.

7. ז. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

8. הבנק רשאי להוציא/נו מן החשבון המפורט בכתב ההרשאה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

9. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח החמור לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך _____ חתימת בעל החשבון (X)

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	קוד מוסד	מספר חשבון בנק	קוד מסלקה	סניף
_____	628	_____	_____	_____

שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____

מכתבות _____

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

2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה.

3. א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין.

4. ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר עליי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

5. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבע.

6. ד. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוסב.

7. ז. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

8. הבנק רשאי להוציא/נו מן החשבון המפורט בכתב ההרשאה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

9. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח החמור לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך _____ חתימת בעל החשבון (X)

פרטי המועמדים לביטוח

שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
2			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד ראשון	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	קופת-חולים	
מועמד שני	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	קופת-חולים	

שאלון מבוא כללי				1	
שאלה / הנושא				מועמד ראשון	
				כן	לא
1	2	1	2	כן	לא
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 מעשן היום				
	סיגריות - אם כן, פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 <input type="checkbox"/> עד 40 <input type="checkbox"/> עד 60 <input type="checkbox"/> יותר מ-60				
	סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/>				
3.1	הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות				
3.2	הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל				
4.	שימוש בסמים כעת ו/או בעבר				
5.	צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים				
6.	נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו				
7.	טרם ניתנו כל החיסונים הנדרשים על-ידי משרד הבריאות בהתאם לגילו - נא לרשום את גיל הילד				
				שאלה לילדים בלבד	

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

שמות		ילדים עד גיל 18 - שמות		שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים שלא פורטו לעיל		מועמד שני		מועמד ראשון		3			
				האם יש ו/או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש לפרט בהמשך, נא לרשום את שם המועמד מספר השאלה							מ		
												מ	
1		2				כן		לא		כן			לא
				1. הגושה תביעה ו/או אתה מצוי בהליכי הגשתה ו/או אתה מתעתד להגיש תביעה בביטוח אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל									
				2. נדחתה הצעה לביטוח חיים ו/או אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל									
				3. מקבל תרופות למחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל									
				4. אשפוז בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל									
				5. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל									
				6. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל									
				7. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל									

פירוט לשאלות להן ניתנה תשובה חיובית

מספר השאלה	שם המועמד	תיאור

1. 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, לשכנת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפול 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 עליידי "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 עליי פוליסה זו.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאייכוחי 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 החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

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

2. הצהרת המועמדים לביטוח

א. אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה עליידי הן נכונות 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 והכול בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח עליידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח עליידי 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 זכויותי עליי הפוליסה להיפגע.

ולראיה באנו על החתום:

תאריך: _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____

מספר זהות: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם המועמד השני לביטוח _____

מספר זהות: _____ חתימה: _____

מק"ט 15971 / 64020606 ר"ה 1.2009