

הצעה לביטוח "קלאסי"

לתשומת לב!

בהצעה לביטוח המצורפת 4 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.

ספיר לגיל 70

ברקת

פרמיה משתנה מדי שנים, סכום ביטוח ש"ח _____ שנים, סכום ביטוח שנים, סכום ביטוח ש"ח _____ שנים, סכום ביטוח ש"ח _____

ה. כיסויים ביטוחיים נוספים

מבוטח ראשי			מבוטח שני			
לגיל	לתקופה	סכום הכיסוי בש"ח	לגיל	לתקופה	סכום הכיסוי בש"ח	
70			70			
		ספיר - פרמיה משתנה מדי שנים			ברקת	
65			65		מוות מתאונה	
65			65		נכות מלאה או חלקית מתאונה	
65			65		נכות מקצועית	
70			70		אחריות לחיים	
<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"/> פרנציזה סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח יירכש 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"/> פרנציזה סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח יירכש לגיל 67	השתכרות בחודש האחרון ש"ח _____	
<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			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים ש"ח _____
תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי						

ו. 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

ז. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים - למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים (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 הנוחו לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

כן	לא	הפעולות
		יבוטלו
		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 בדין פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט

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

2. האם בדין 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.

הצהרת הסוכן

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

תתימת המבוטח השני
 תתימת המבוטח הראשי
 תתימת הסוכנות
 תתימת הסוכן

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 עליידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה חוזרת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.
התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח עליידי/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני/נו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/ו או נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח, והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. כמוכך קבלת סכום כלשהו עליידי המבטח, בקשר עם הצעה זו, לא תיחשב לאישור ההצעה עליידי או כהסכמתו לכריתת חוזה הביטוח.
ג. ידוע לי/נו כי בנוסף לאמור לעיל, חוזה הביטוח יכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.

ד. בביטוח משלים לפנסייית נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.
ה. אני/ו מצהיר/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 על כל מקרה של שינוי במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.
ויתור על סודיות
אני/ו מצהיר/ים בזה כי הובא לידיעתי/נו ואני/ו מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי/נו ו/או כל מידע שגיע לידיעת המבטח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהג המבטח לרכז נתונים בדבר מבטחיו, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדיון.
אני/ו מסכים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי/נו, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ.
ולראיה באתי/נו על החתום:

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

מינוי הסוכן כשלוח המבטוח

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 עליידי או על ידי חתם מוסמך מטעמו.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה (X) חתימת המבטח הראשי (X) חתימת המבטח 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 _____

ט. פרטי כרטיס האשראי

Table for credit card details including card number, name, and expiration date.

שובר זה נחתם עליידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליידי 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)

י. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

Form for bank account authorization including account number, card details, and terms of use.

אישור הבנק

Form for bank approval including account number, card details, and bank name.

א. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי פרטי המועמדים לביטוח

לשון יחיד תקף גם ללשון רבים

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון						
מועמד שני						

שאלון מבוא כללי					
השאלה / הנושא	מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא
	כן	לא	כן	לא	
1. עישון – האם מעשן היום					<input type="checkbox"/> 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
2. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר					<input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> סיגרים
3. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים					1.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות
4. נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח – אם כן פרט להלן מהו הניתוח ומועדו					1.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל

שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים					
האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים – אם סומן "✓" בטור "כן" יש לפרט בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" בשאלון המתאים לפי האות שלהלן.	מועמד ראשון		מועמד שני		אות השאלון
	כן	לא	כן	לא	
לרבות אפילפסיה, מפרצת מוחית, אירוע מוחי כלשהו, טרשת נפוצה, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות					ב מערכת העצבים והמוח
לרבות תסמונת פוסט טראומטית, דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדן, סכיזופרניה					ג נפש ומצב רוח
לרבות דלקות ריאה חוזרות, אמפיזמה (נפחת), COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשניה					ד ריאות ודרכי הנשימה
לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גוש במעקב ו/או חוסר, גזרת					ה עור
לרבות יתר לחץ דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב, איוושה, מום מולד, פריקרדיטיס, צינתור, טרומבזה					ו לחץ דם, לב וכלי הדם
לרבות קרוהן, אולצרטיו קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס					ז מערכת העיכול
לרבות הפטיטיס, הגדלה של הכבד, שחמת (צירוזיס), כבד שומני, דלקת בלבלב (פנקראטיטיס), טחול מוגדל					ח כבד ו/או בלבלב ו/או טחול
לרבות כליה קטנה או חסרה, אבנים, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, כליה פוליציסטית					ט כליה ודרכי השתן
לרבות סוכרת, שומנים, שיגרון (גאוס), FFM					י חילוף החומרים (מטבוליות) ו/או הורמונליות
לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות לבנות ו/או אדומות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון					יא בדם ובמערכת החיסון
לרבות איידס (גם נשאות), שחפת, חום ממושך					יב מחלות זיהומיות ו/או מין ו/או חום ממושך
לרבות גידול טרום סרטני/סרטן					יג מחלות ממאירות ו/או גידולים
לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ברצועות, מום מולד, קטיעה, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב					יד מערכת השלד והשרירים (כולל גב ועמוד שדרה)
לרבות עיוורון/כבדות ראייה, היפרדות רשתית, גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, אובאיטיס, קראטוקונוס, חירשות/כבדות שמיעה, ירידה בשמיעה, מנייר, טינטון (טיניטוס)					טו עיניים ואוזניים
לרבות גוש/ציסטת בשד, דימומים חוזרים בלא קשר למחזור, היריון, גוש באשך, אשך טמיר					טז מערכת המין ו/או הרבייה
לרבות אוסטאופורוזיס, אוסטאוארטרוזיס (מחלת מפרקים ניוונית), ריאומטואיד ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאליגיה, דלקת מפרקים שגרנית					יז ריאומטיית (מפרקים, עצמות, רקמת חיבור)
	כן	לא	כן	לא	שאלות מסכמות – אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך השורה
					1. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					2. אשפוז בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					3. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					4. בבדיקות שגרניות - תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל
					5. מצוי בביור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל

1. הצהרת המועמדים לביטוח על יתור על סודיות רפואית
א. אני נותן בזה רשות לקופתי-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופתי-חולים מכבי, קופתי-חולים כללית, קופתי-חולים לאומית, קופתי-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת 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 בע"מ 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 מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויי הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.
ולראיה באנו על החתום:

תאריך _____
 חתימת המועמד השני לביטוח
 חתימת המועמד הראשון לביטוח
3. אישור תנאי קבלה מיוחדים
 אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:
 עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.
 תאריך _____
 חתימת המועמד השני לביטוח
 חתימת המועמד הראשון לביטוח

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור, ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
 ג. אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
 ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ואי-יכוני 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 הקטנים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.
2. הצהרת המועמדים לביטוח
 א. אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת