

שם הסוכן:

מספר סוכן:

א. פרטי המועמדים לביטוח:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון
				מספר טלפון נייד
מבטוח ראשי - עיסוק			מבטוח שני - עיסוק/מקצוע	
פרטים נוספים				

ב. תכנית הביטוח המבוקשת:

(סמן את האפשרות המבוקשת ובהתאם בחר את מספר החבילות)

סכום הביטוח ₪

תוכנית	חבילות	הכיסוי	בסיסית	כפולה	משולשת
<input type="checkbox"/> בסיסית	<input type="checkbox"/> חבילה אחת	מוות מתאונה	75,000	100,000	150,000
<input type="checkbox"/> כפולה	<input type="checkbox"/> חבילה אחת	נכות מתאונה	75,000	100,000	150,000
<input type="checkbox"/> משולשת	<input checked="" type="checkbox"/> חבילה אחת	שברים וכוויות מתאונה	15,000	20,000	40,000
<input type="checkbox"/> שילוב בין תוכניות	<input checked="" type="checkbox"/> בסיסית-חבילה אחת	סיעוד מתאונה	15,000	20,000	40,000
<input type="checkbox"/> כתב שרות אמבולטורי להגנה עצמית	<input checked="" type="checkbox"/> כפולה חבילה אחת	אשפוז כתוצאה מתאונה	150	300	450

ג. המוטבים למקרה מוות:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	קרבה	% מסכום הביטוח

ד. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה: תאריך התחלת הביטוח:

0 1 / / 2 0 0

1. אופן התשלום - חודשי.

2. אופן הגבייה:

באמצעות הוראת קבע (למבוטח "כלכל בריאות" בלבד) נא לגבות מתוך הוראת הקבע הקיימת בפוליסה מס':

באמצעות כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים):

שם בעל הכרטיס:	מספר זהות:

מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסת הביטוח שרכש, באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שכלכל בריאות חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין כלכל בריאות חברה לביטוח בע"מ.	

ה. הצהרת בריאות, (1. סמן כן/לא. 2. אם התשובה לאחת השאלות היא "כן" אין לקבל את המועמד לביטוח לתוכנית הביטוח).

מבטוח ראשי	מבטוח שני
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא
כן	לא

- האם יש לך נכות קיימת מעל 25% או היגך נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו
 - האם אתה נמצא במצב סיעודי ו/או אינך כשיר באופן מוחלט לעבודה?
 - האם אתה סובל/ת משברים בגפיים, אגן, עמ"ש, צלעות, כתפיים, גולגולת, מחלות ו/או מומים במערכת השלד, פריצת דיסק ו/או ליקוי בעמ"ש?
 - האם אתה סובל מבריחת סידן (אסטופורוזיס), מחלות או דלקות פרקים או עצמות?
 - האם אתה סובל ממחלות של ניוון שרירים, מערכת העצבים והמח לרבות טרשת נפוצה, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, פרקינסון, דמנציה, סחרחורת, התעלפויות?
 - האם אתה סובל ממחלת לב, עיוורון (מלא או חלקי), חירשות, הפרעות נפשיות, מחלה ממארת, לופוס (זאבת)?
- הצהרות של המבוטח:** יש להקריא הצהרה זו ללקוח בטלפון ולהדגיש כי היא חלה על כל המועמדים לביטוח (כולל בני הזוג).
- כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
 - ידוע לי כי בהתאם להוראת החוק, מתן תשובה שאינה מלאה וכנה להצהרת הבריאות עלולה לגרום לביטוח הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תשלומי הביטוח.
 - ידוע לי כי קבלת או דחיית הצעה נתונות לשיקול דעתו של המבטח.
 - אני מאשר כי חוזה הביטוח ייכנס לתוקף לאחר קבלת אישור המבטח ולאחר שהוראת החיוב הראשונה תשולם במלואה למבטח.
 - ידוע לי כי בקשת ביטוח או שינוי של הפוליסה יועברו על ידי בכתב בכבד.
- הצהרת הסוכן:**
- דוברתי עם המבוטח הראשי באופן אישי והקראתי לו את ההערות לעיל והמבוטח אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרות.
 - כמו כן, הנני מאשר ששאלתי אותו לגבי מצב הבריאות של כל המועמדים לביטוח.
 - הסברתי למועמד לביטוח את פרטי התוכנית התנאים והסייגים.
 - הקראתי למבוטח את טפסי הגילוי הנאות בהתאם להוראות המבטח.

השיחה נערכה בתאריך: בשעה: העתק מטופס גילוי נאות נשלח למבוטח ביום:

חתימת הסוכן:

שם הסוכן: