

## טופס הצטרפות טלפוני - לביטוח השתלות ותרופות - משפחתי

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מספר סוכן: \_\_\_\_\_  
**א. פרטי המועמדים לביטוח:**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות												מין	תאריך לידה		משקל בק"ג	גובה בס"מ		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		ז	נ			י	ח
מועמד ראשון															ז	נ				
מועמד שני															ז	נ				
ילדים 1															ז	נ				
2															ז	נ				
3															ז	נ				
4															ז	נ				
מועמד ראשון	מקצוע	תחביב												מועמד שני	מקצוע	עיסוק		תחביב		
		כתובת												טלפון		טלפון נייד				

**ב. תכנית הביטוח המבוקשת: השתלות:**  **"אחריות כלל השתלה"**  **תורפות:**  **"סל תרופות פרטי"** (עד 5,000,000 ₪) או  **"נספח תרופות מורחב"** (עד 1,000,000 ₪ + 500,000 ש"ח)  
**ג. תאריך תחילת הביטוח, אופן התשלום והגבייה:**  
תאריך התחלת הביטוח: \_\_\_\_\_

0	1	/		/	2	0	0
---	---	---	--	---	---	---	---

1. אופן התשלום - חודשי  
2. אופן הגבייה:

באמצעות הוראת קבע (למבוטח כלל בריאות בלבד) **נא לגבות בהוראת הקבע מפוליסה מס':** \_\_\_\_\_  
 באמצעות כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  
 ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

שם בעל הכרטיס:		מספר זהות:
_____		_____
מספר כרטיס	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 ויישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.

### ד. הצהרות

מועמד		הצהרת בריאות - שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים															
ראשון	שני	אנא סמן האם סבלת ו/או הינך סובל מבעיות רפואיות ו/או מחלה ב:															
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא				

### הצהרות המבוטח: יש להקריא הצהרה זו ללקוח 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, תשובה מלאה וכנה להצהרת הבריאות עלולה לגרום לביטול הפוליסה או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תשלומי הביטוח.
- אני מאשר כי חוזה הביטוח ייכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.
- ידוע לי כי:
  - המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה שתקופתה 90 ימים.
  - אני/מואשרי/מוסכמי/ם בזה כי קבלת או דחיית הצעתנו/נתונות לשיקול דעתו של המבטח בכפוף להוראות הדין. במקרה של דחיית ההצעה המבטח יינמק את החלטתו.
  - בקשת ביטול או שינוי של הפוליסה יועברו על ידי בכתב בלבד.
  - אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שייגיע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבוטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל ביטוח, למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החוקות עסקי ביטוח.

### הצהרות הסוכן:

- דיברתי עם המבוטח באופן אישי ויידעתי אותו כי השיחה מוקלטת, הקראתי לו את ההערות לעיל והמבוטח אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרות.
- הניי מאשר ששאלתי אותו לגבי מצב הבריאות של כל המועמדים לביטוח.
- הסברתי למועמד לביטוח את פרטי התוכני התנאים והסייגים.
- הקראתי למבוטח את טפסי הגילוי הנאות ושאלון ההחלפה, בהתאם למכירה ובהתאם להוראות המבטח.

**השיחה נערכה בתאריך:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **בשעה:** \_\_\_\_:\_\_\_\_  
**העתק מטופס גילוי נאות ו/או טופס שחלוף, במידת הצורך, נשלח למבוטח ביום:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **חתימת הסוכן:** \_\_\_\_\_

קוד מסמן 171

**שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות למילוי הצעה חדשה או בכיסויים לבריאות**

(סעיף 4א) בחוזר המפקח)

**המבטחת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**

כדי לברר את 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 פעולת ההחלפה, עלייך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידך פוליסת בריאות שבתוקף?

לא.

כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם הפוליסות לביטוח בריאות כולל ריידרים שבתוקף?

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא / יסולקו באופן חלקי או מלא / יסתיימו בכל דרך אחרת -

לא  כן

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים,

בסכומי הביטוח או בפרמיה -

לא  כן

(תשובה חיובית לאחד או יותר מן הסעיפים א ו- ב לעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.)

**הצהרת הסוכן**

למיטב הבנתי, כריכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח הבריאות שבתוקף:

לא  כן

X

חותמת הסוכנות

X

חתימת הסוכן

תאריך

**אם התשובה "כן" יש למלא טופס השוואה**