

# 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

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  ז  נ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
הכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר או ת"ד \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ מספר הטלפון \_\_\_\_\_

## ב. פרטי המבוטחים - לפי הרשום בתעודת הזהות

המבוטח הראשי	פרטים	המבוטח השני
שם המשפחה והשם הפרטי _____	שם המשפחה והשם הפרטי _____	שם המשפחה והשם הפרטי _____
ס"ב _____	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
מיקוד _____ מספר הטלפון _____	המקצוע/העיסוק _____ התחביב _____	מיקוד _____ מספר הטלפון _____
דואל _____	מספר הפקס _____	דואל _____
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 - _____	האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? _____	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים? _____	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	יחס קרבה	חלק ב-%
3	2	1			%
3	2	1			%

במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על-פי הרשום לעיל)


לפי צוואה  חברה  רשום ח"פ - \_\_\_\_\_

## ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ אופן התשלום  חודשי  אופן הגבייה  כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף ט)  הוראת קבע (מלא בסעיף י')

## ד. משלים לחיים - משפחתי "הכיסוי המושלם למשפחה"

הרכב המנה	הכיסוי הביטוחי במנה	לגיל	סכום הביטוח בש"ח והערות
<input type="checkbox"/> משלים לחיים <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי, _____ מנות <input type="checkbox"/> מבוטח שני, _____ מנות אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות	ספיר בהפקדה שוטפת משתנה כל שנה	70	100,000
	אחריות לחיים	70	50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח
	נכות מתאונה	65	50,000
	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	64	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
<input type="checkbox"/> משלים לחיים מורחב (לצווארון לבן בלבד) <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי, _____ מנות <input type="checkbox"/> מבוטח שני, _____ מנות אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות	ספיר בהפקדה שוטפת משתנה כל שנה	70	100,000
	אחריות לחיים	70	50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח
	נכות מתאונה	65	50,000
	נכות מקצועית	65	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	64	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
	הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה, 3 חודשי המתנה	67	השחרור יהיה לפי הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס בהתאם לעיסוק

מבוטח שני (פוליסה נפרדת)			סוג הכיסוי	מבוטח ראשי		
סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל		סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל
		70	ספיר - פרמיה משתנה מדי שנים ברקת			70
		65	מוות מתאונה			65
		65	נכות מלאה או חלקית מתאונה			65
		65	נכות מקצועית			65
		70	אחריות לחיים			70
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס <b>חובה לפרט!</b> <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			ביטוח אבדן כושר עבודה למלא אם מבוקש פיצוי לאבדן כושר עבודה 	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס <b>חובה לפרט!</b> <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"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח		
השתכרות בחודש האחרון _____ ש"ח			השתכרות בחודש האחרון _____ 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 (לצוארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד, לא יותר מ-5,000 ש"ח, חובה לרכוש הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס			_____ 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
-----------	------------------	--------------------

### 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 הנוחי לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, 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.

#### הצהרת הסוכן

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

חתימת המבוטח השני <b>XX</b>	חתימת המבוטח הראשי <b>X</b>	חתימת הסוכן _____
חתימת הסוכנות _____	חתימת הסוכן _____	תאריך _____

## הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח

אני/החתיים/מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח, מבקשים/ש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצרת הבריאות.

א. אני/מוצהרים/ים, מסכים/ים ומתחייבים/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצרת הבריאות שמלאה עלידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח עלידינו וכן הנתיים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח בינינו לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני/מוצהרים/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.

ג. ידוע לי/ינו כי בנוסף לאמור לעיל, חוזה הביטוח יכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.

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

ה. אני/מוצהרים/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**  
כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו עליי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיוספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עליי שיקול דעתה של החברה.

אני מסכים/ים שהחברה תמסור לכלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ו/או לכל אחת מחברות הבנות שלה, (להלן "החברות בקבוצת כלל") כל מידע בקשר אליי, לרבות מידע על התקשרויותי עם החברה, וכי המידע האמור יישמש את מי מבין החברות בקבוצת כלל ויירשם במאגרי המידע שלהן, בין היתר, לצורך יצירת קשר עמי עלידי מי מבין החברות בקבוצת כלל, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי ו/או שירותי החברות בקבוצת כלל.

כמו כן, רשאית החברה לקבל מהחברות בקבוצת כלל כל מידע בקשר אליי, לרבות מידע על התקשרויותי עם החברות הנ"ל.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה (X) \_\_\_\_\_ חתימת המבטח הראשי X \_\_\_\_\_ חתימת המבטח 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 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

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת המבטח הראשי X \_\_\_\_\_ חתימת המבטח השני XX

## ט. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> כאל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> דינרס
	<input type="checkbox"/> לאומי קארד	
כתובת	רחוב _____	מספר _____
	מיקוד _____	יישוב _____
<p>שובר זה נחתם עלידי בל' לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עלידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה.</p> <p>הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p>		
תאריך _____	חתימת בעל כרטיס האשראי X	

## י. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
628	628	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות
<p>1. אני/הח"מ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____</p> <p>מכתובת _____</p> <p>נתון/ים לכם בזה הוראה לחיוב את חשבוננו הנ"ל בסניככם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות עלידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי האשראי".</p> <p>2. ידוע לי/לנו כי:</p> <p>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 עליי הרשאה זו, יפיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו עלידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר עלידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם וכיח/וכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוסב.</p> <p>5. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עליי הרשאה זו, יפיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו עלידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>7. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>			
תאריך _____	חתימת בעל החשבון X	חתימת המבטח הראשי X	חתימת המבטח השני XX

**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	מועמד שני	שם הרופא המטפל
מועמד שני	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	מועמד ראשון	שם הרופא המטפל
קופת חולים	קופת חולים					

1					שאלון מבוא כללי					ילדים עד גיל 18 - שמות			
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא	1		2		שמות	1		2	
כן	לא	כן	לא		כן	לא	כן	לא		כן	לא	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 <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 <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת									
				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									

2					שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים					ילדים עד גיל 18 - שמות			
מועמד ראשון		מועמד שני		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.	1		2		שמות	1		2	
כן	לא	כן	לא		כן	לא	כן	לא		כן	לא	כן	לא
				א. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות									
				ב. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי									
				ג. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומטורקס, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה									
				ד. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזזת									
				ה. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב, מום בלב, איוושה, פריקרדיטיס (דלקת קרום הלב), צינתור, טרומבוזת, תסחיף, מפרצת באאורטה									
				ו. במערכת העיכול ובקעיים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, מחלת קרוהן, אולצרטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס									
				ז. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל									
				ח. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כליהה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).									
				ט. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית: לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון (GOUT), (FMF)									
				י. בדם ובמערכת החיסון: לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון									
				יא. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך									
				יב. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרוני, סרטן									
				יג. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה, בכטרב									
				יד. 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									
				טו. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, הפלות חוזרות, היריון, אשך טמיר									
				טז. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פברומיאלגיה									

ילדים עד גיל 18 – שמות				שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים שלא פורטו לעיל			מועמד ראשון		מועמד שני		
2		1		האם יש ו/או הן 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				כן	לא	כן	לא
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


## 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. 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 לכיסויי 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: **X** חתימה \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המועמד  
השני לביטוח \_\_\_\_\_

מספר זהות: **XX** חתימה \_\_\_\_\_

## 1. הצהרת המועמדים לביטוח על יתור 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, 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 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 תהייה 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.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבוי ובאיכוחי 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 ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.