



**הצהרה על קיום פוליסת בריאות בסיסית בחברה אחרת**

בסעיף זה על הגורם המשווק לפרט על בסיס התאמת הצרכים שערך למועמד לביטוח באם קיימת למועמד לביטוח פוליסת בריאות בסיסית (על מרכיביה) בחברה אחרת:

יש לסמן בטבלה להלן האם קיים למועמד לביטוח אחד או יותר מהכיסויים המפורטים בחברה אחרת						
	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
השתלות	<input type="checkbox"/>					
תרופות	<input type="checkbox"/>					
ניתוחים בחו"ל	<input type="checkbox"/>					

310

**הוצאות רפואיות וכתבי שירות**

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4		
								פוליסת בריאות בסיסית	פוליסת ניתוחים בישראל*
ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	פוליסת בריאות בסיסית	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תרופות	0-70	<input type="checkbox"/>							
משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪	0-70	<input type="checkbox"/>							
משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	פוליסת ניתוחים בישראל*	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל					
ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>							
חמ"ל בר גפן	0-65	<input type="checkbox"/>							
ייעוץ ובדיקות	0-70	<input type="checkbox"/>	פוליסת בריאות נוספת*	ניתן לבחור רק אחת מבין שלוש החלופות					
אבחון רפואי מהיר	0-70	<input type="checkbox"/>							
ייעוץ, בדיקות ואבחון רפואי מהיר	0-70	<input type="checkbox"/>							
טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים	0-60	<input type="checkbox"/>							
ליווי אישי פלוס	0-70	<input type="checkbox"/>	פוליסת הרחבה	שירותים לילד					
שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>							
ביקור רופא און-ליין אקסטררה	0-85	<input type="checkbox"/>							
רפואה משלימה	0-85	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות						

300

\* במכירת מוצרים אלו, על הגורם המשווק לוודא כי למועמד לביטוח יש פוליסת בריאות בסיסית מלאה, אלא אם המועמד לביטוח מעל גיל 60 והוא בחר שלא להחזיק בפוליסת הבריאות הבסיסית או בחלק ממנה.

**מחלות קשות ופיצוי לסרטן**

סכום הביטוח הניתן לכיסוי בעבור לקוח (ברמת ת.ז.) הינו מינימום 50,000 ₪, עד גיל 65 ניתן לרכוש עד 700,000 ₪ סכום מצטבר בחברה. ברכישת מוצר "מדיכלל פיצוי לסרטן" מגיל 66 ניתן לרכוש עד 400,000 ₪ סכום מצטבר בחברה.

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל מחלות קשות 33 (יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש)	0-65	<input type="checkbox"/>					
מדיכלל פיצוי לסרטן (יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש)	0-69	<input type="checkbox"/>					

400

**בקשה לביטול תקופת אכשרה בעת ביטול פוליסת בריאות פרטית אחרת והחלפתה בפוליסת בריאות חדשה בכלל ביטוח ופיננסים:**

ביטול תקופת אכשרה מתוקף סעיף זה, יחול אך ורק ביחס לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים במסגרת ביטול פוליסה פרטית בחברה אחרת שלגביה מוצתה תקופת אכשרה ("הפוליסה שבטולה") ומעבר לפוליסה פרטית חדשה בכלל ביטוח ופיננסים מאותו סוג ובכפוף להמצאת מסמכים תומכים במועד הביטול. למרות האמור לעיל, ידוע לי כי ברכישת פוליסת יעוץ ובדיקות בכלל ביטוח ופיננסים בכל מקרה ביטוח הקשור להריון, לידה ושירותי פונדקאות, תחול תקופת אכשרה מלאה כמפורט בתנאי הפוליסה. כמו כן, ידוע לי כי בעת הגשת תביעה לתגמולי ביטוח, תבחן זכאותי לביטול תקופת אכשרה וייתכן שאי־דרש להציג מסמכים כולל אסמכתאות לתשלומי הפרמיות בגין הפוליסה שבטולה, וכי אם לא אעשה כן, תחול תקופת אכשרה מלאה. למען הסר ספק מובהר, כי ביחס לכל הכיסויים וסכומי ביטוח שאינם חופפים (גם במקרה שהם מהווים חלק מכיסוי חופף) לרבות אלו שלא היו קיימים בפוליסה המבוטלת ו/או במקרה של אי עמידה במלוא התנאים לעיל - תחול תקופת אכשרה מלאה כמפורט בתנאי הפוליסה.

הכיסוי	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	חברת ביטוח קודמת
ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>						
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>						
תרופות	<input type="checkbox"/>						
משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪	<input type="checkbox"/>						
משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>						
ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>						
ייעוץ ובדיקות	<input type="checkbox"/>						
מחלות קשות (סכום ביטוח קיים)	<input type="checkbox"/>						
פיצוי לסרטן (סכום ביטוח קיים)	<input type="checkbox"/>						



לתשומת ליבך - התשובות שלך לשאלות הצהרת הבריאות, הן הבסיס לפוליסה וחשוב מאוד שתענה עליהן בצורה מלאה, נכונה וכנה. יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים.

מענה שאינו מלא, נכון וכן יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה

מועמד 1					
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)	תאריך מילוי הטופס

1. פרטים כלליים	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
שם המועמד					
גובה (בס"מ)					
משקל (בק"ג)					

2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון למועמדים לביטוח עד גיל 6 חודשים (כולל) יש למלא שאלות ילודים בלבד, בחלק 5 בהצהרת הבריאות												
אות שאלון	מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א	למילוי מגיל 16- האם הנך מעשן סיגריות? נא לציין כמות ליום											
	ב											
	ג											
ב	האם ככל שידוע לך, אובחנה ו/או ידוע על מחלה ו/או הפרעה הקשורים לסרטן (שד, שחלות, ערמונית, מעי הגס), כליות פוליציסטיות, צליאק, טרשת נפוצה, ALS, פרקינסון, אלצהיימר, פוליפוזיס משפחתית, הנטינגטון, מיוטוניק דיסטרופיה אצל אחד או יותר מקרובי משפחתך מדרגה ראשונה (הורים, אחים, אחיות)?											
	האם ככל שידוע לך אובחנה אצל שניים או יותר מקרובי משפחתך מדרגה ראשונה (הורים, אחים, אחיות) מחלת לב ו/או סוכרת?											

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/ה אחד או יותר מהמומים / מחלות / הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.												
אות שאלון	מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א	במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, רעד, שיתוק, עיכוב שפתי, עיכוב מוטורי.											
	ב											
ב	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלומיה), סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD), הפרעות אכילה.											
	ג											
ג	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.											
	ד											
ד	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.											
	ה											
ה	בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבوزה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD), וסקוליטיס.											
	ו											
ו	במערכת העיכול - לרבות חזר ושטי, קרוהן, צליאק, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.											
	ז											
ז	בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי או צלקת ניתוחית.											
	ח											
ח	בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי כיס מרה או דלקת בלבב (פנקריאטיטיס).											
	ט											
ט	בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דליפת שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.											
	י											

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המועמד הראשון X חתימת המועמד השני XX חתימת ילד מגיל 18 XXX



שמות המועמדים														
מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון	3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/אחד או יותר מהמומים / מחלות / הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			כן
												יב	10	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, טרום סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
												יג	11	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
												יד	12	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס / HIV (נשאות), שחפת.
												טו	13	גידולים שפירים, מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול שפיר, גידול טרום סרטני, גידול סרטני.
												טז	14	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבה, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטוס.
												יז	15	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראיה, הפרדות רשתית, פזילה, עין עצלה, צניחת עפעפיים, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 8, אובאיטיס, קרטוקונוס.
												יח	16	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, נזלת כרונית, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
												יט	17	במערכת המין והרבייה - אצל נשים - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, מעל 2 הפלות ספונטניות, בעיות פריון, קונדילומה. אצל גברים - בעיות פריון, קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
												כ	18	מחלות ראוטיות ומחלת רקמת חיבור (מפרקים) - לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, בכצ'ט, סיוגרן.

4. שאלות נוספות														
מועמד 1		מועמד 2		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		אות שאלון	1. האם הינך נוטל תרופות או האם הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש שנים האחרונות? (במידה וציינת על כך בשאלות קודמות בהצהרה זו יש לסמן – לא. במידה ולא צוין בשאלות הקודמות – סמן כן ופרט את שם התרופה/ות).	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			שם התרופה
													1	שם התרופה _____
													2	שם התרופה _____
												כא	3	שם התרופה _____
<p>2. האם הנך מועמד לעבור ו/או ממתין לקבל תוצאות של אחת מהבדיקות הבאות (לא כולל בדיקות עקב גיל, ו/או שגרה ללא חשד לבעיה רפואית): בדיקות מעבדה, בדיקה פולשנית (כגון קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ו/או אחר), ברונכוסקופיה, ציסטוסקופיה, PET-CT, CT, MRI, מיפוי עצמות, בדיקת דם סמוי, אולטראסאונד, ביופסיה או ממוגרפיה? במידה וכן, יש לצרף מסמך רפואי רלוונטי.</p>														
<p>3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?</p>														
<p>תאריך _____</p> <p>חתימת המועמד הראשון X _____ חתימת המועמד השני XX _____ חתימת ילד מגיל 18 XXX _____</p>														



שמות המועמדים												
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד 2		מועמד 1		5. לילודים עד גיל חצי שנה (כולל)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
												<p>1 האם התינוק נולד פג או נבדק / אושפז בטיפול נמרץ או בכל מחלקה שאינה מחלקת ילודים ו/או ממתין לבדיקות שבוצעו בתוך בית החולים ו/או הומלץ על בירור / בדיקה / ניתוח / מעקב רפואי / טיפול תרופתי כלשהו?  <b>במענה חיובי יש לצרף דוח שחרור יילוד, מסמך מרופא מטפל המתייחס לבעיה כולל התייחסות לתוצאות בדיקות שבוצעו והמלצות להמשך טיפול ו/או מעקב.</b></p>
												<p>2 האם ככל שידוע לך, אובחנו אצל אחד או יותר מקרובי התינוק מדרגה ראשונה (הורים, אחים, אחיות) ו/או ידוע על המחלות הבאות: קרדיומיופטיה, כליות פוליציסטיות, ניוון שרירים, סיסטיק פיברוזיס, קדחת ים תיכונית, איידס/ HIV כולל נשאות ו/או מחלה תורשתית אחרת?  <b>במידה וכן, יש לצרף מסמך רפואי מפורט על הבעיה הרפואית.</b></p>
												<p>3 האם אובחן/ה אחד או יותר מהמומים/המחלות/ההפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן:  <input type="checkbox"/> כתם לידה <input type="checkbox"/> סקין טאג <input type="checkbox"/> בקע טבורי <input type="checkbox"/> בקע מפשעתי <input type="checkbox"/> פזילה  <input type="checkbox"/> חסימת דרכי הדמעות <input type="checkbox"/> לשון קשורה <input type="checkbox"/> אשך טמיר <input type="checkbox"/> הידרוצלה  <input type="checkbox"/> חך שסוע <input type="checkbox"/> שפה שסועה <input type="checkbox"/> היפוספידיאס (מום מולד בשופכה)  <input type="checkbox"/> מיאטוס (היצרות פתח השופכה)</p>
תאריך _____												
חתימת המועמד הראשון <input checked="" type="checkbox"/> _____ חתימת המועמד השני <input checked="" type="checkbox"/> _____ חתימת ילד מגיל 18 <input checked="" type="checkbox"/> _____												

**אישור תנאי קבלה**

אני מסכים מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב:  סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה  יתר לחץ דם  יתר שומנים בדם  סוכרת  ירידה בצפיפות העצם  לב וכלי הדם  עודף משקל
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב:  ניתוח קיסרי  הריון ולידה נוכחיים  בקע (כמוצרה בשאלה 7)  סוכרת  שומנים בדם  בריחת סידן  הפרעות נפשיות  הורדת עודף משקל  אחר: \_\_\_\_\_

ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/יות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאות ובמקרה זה תשלח אליי הודעה לאישורי בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.

חתימת המועמד הראשון  \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני  \_\_\_\_\_ חתימת ילד מגיל 18  \_\_\_\_\_



אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני מבקש בזאת להיות מבטוח לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובותיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו, ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
4.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.
5. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
6. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
7.  במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):
8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

8. במידה שהנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	מועמד 2	מועמד 1	
<input type="checkbox"/>	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית					
<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח					
<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות כלל ביטוח. *יש לצרף טופס "בקשת ביטול בחברה אחרת" מלא וחתום ע"י המבטח (לידיעתך - הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת)					

9. בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	מועמד 2	מועמד 1	
<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.					

**פניות שיווקיות**

אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים, בוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת. אפשר להודיע לחברה בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובוואטסאפ ולא לקבל דיוור ישיר, בטלפון (תא קולי) 03-7111192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

**בהצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:**

1. הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטוח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
4. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטוח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**חתימת המועמדים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה X

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה XX

תאריך \_\_\_\_\_ שם ילד מגיל 18 \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה XXX

1100

20-2100-0725-109-1NH



רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.

ככל שאינך מעוניין שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו \*5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.

**פרטי מוטבים**

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים היורשים החוקיים על פי דין.

**הצהרת הסוכן**

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד לביטוח.
2. הקראתי למועמד לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרות וכי הוא מסכים לאמור בהן.
3. אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את היידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
4. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד לביטוח לאחר שפנה בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו למעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש. וידאתי כי למועמד לביטוח יש פוליסת בריאות בסיסית מלאה (למעט מועמד מעל גיל 60 שבחר לא להחזיק בפוליסות הבריאות הבסיסית או חלק ממנה).
5. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"),** הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
6. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים -** הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח, ותשובתו מתועדת בהצהרתו למעלה. כמו כן, יידעתי את המועמד כי הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה אחרת.
7. במידה ושיווקתי פוליסת תרופות עם החרגה למועמד לביטוח שיש ברשותו פוליסת תרופות ישנה ללא אותה החרגה או שהמועמד לביטוח מבקש לעבור ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט, מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת – מילאתי טופס ייעודי לכך, החתמתי את המועמד לביטוח וצירפתי את הטופס הייעודי להצעת ביטוח זו.
8. הסברתי למועמד לביטוח את פרטי התוכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו את הגילוי הנאות.
9. מסרתי למועמד מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.
10. הצגתי, מסרתי למועמד את טבלאות השתנות הפרמיה לכלל הגילאים עבור כל מוצר בנפרד, עדכנתי שהפרמיה משתנה וכן ציינתי את גובה דמי הביטוח בהתאם לגיל המועמד לביטוח באותו מועד וגובה דמי הביטוח הקבועים לקבוצת הגיל המבוגרת ביותר. שלחתי למועמד לביטוח את טבלת השתנות הפרמיה המלאה.
11. **ביחס לפוליסת ניתוחים בישראל:**  
 \* ציינתי כי ביטוח זה אינו חלק מפוליסת הבריאות הבסיסית, בין היתר כי כיסוי זה קיים במסגרת השב"ן.  
 \* במידה והמועמד לביטוח התעניין ברכישת הביטוח: הצגתי את הכיסוי הביטוחי בגין ניתוחים בישראל במסגרת השב"ן, והסברתי מה כוללת פוליסת ניתוחים בישראל. כמו כן, הצגתי את החלופות בסדר זה: משלים שב"ן עם השתתפות עצמית, משלים שב"ן, שקל ראשון, וכן את טבלאות השתנות הפרמיה בגין כולן במסגרת המידע המהותי.



תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

210

1310



שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח: □ הורים □ אח/אחות □ סבא/סבתא □ בני זוג □ אחר _____			

1. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי) – לידיעתך לא ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי מסוג דיירקט ודיינרס.

שם בעל כרטיס האשראי		מספר זהות	
מספר כרטיס אשראי		תוקף הכרטיס	
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.			
□ אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.			
תאריך _____		חתימת בעל הכרטיס	

2. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד מוסד (המוטב) 628		אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ			
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד: בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ (הבנק) כתובת הסניף \_\_\_\_\_

□ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
-או-  
הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
□ תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
□ מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_

כתובת: רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

1. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

2. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

3. הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

4. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

5. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

□ אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:

הנני מאשר בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן   
וחתימת הסוכנות \_\_\_\_\_

\*ככל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח.

חתימת הלקוחות \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

לתשומת לבך - הגורם המשלם בפוליסה הוא שרשאי לצפות במידע אודות ביטוחים של קטין ב"הר הביטוח". בהתאם, כל שינוי בזהות הגורם המשלם יביא לשינוי בהרשאת הצפייה האמורה.



## טופס ביטול פוליסה בחברה אחרת (נספח ג')

### עבור חברת הביטוח:

הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  ליברה  שלמה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG  שירביט

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_,  
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ שמספרה \_\_\_\_\_.  
הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.  
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_.



תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

