

טופס הצעה ל"הגנה עצמית פלוס" - בטלפון ללא הקלטה / בפגישה (סמן בעיגול)

שם הסוכן: מנגו מספר סוכן: 4766 תאריך תחילת הביטוח: 01/ /20 מספר הצעה: _____

א. פרטי המועמדים לביטוח:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
מועמד/ת לביטוח ראשון				
מועמד/ת לביטוח שני				
רחוב	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
מועמד ראשון - עיסוק / תחביב			מועמד שני - עיסוק / תחביב	

ב. תכנית הביטוח המבוקשת: (סמן את האפשרות המבוקשת ובהתאם בחר את מספר החבילות)

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

ג. המוטבים למקרה מוות:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה	% מסכום הביטוח

ד. התשלום חודשי, הגבייה באמצעות: 1. כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים):

ויזה ישראל דינרס אמריקן לאומי קארד

שם בעל הכרטיס:	מספר זהות:

מספר כרטיס	תוקף הכרטיס

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אשר 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. הדדתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיס האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיס האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.

ה. הגבייה באמצעות אמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסת ביטוח מס' _____ סוג הפוליסה הקיימת

(במידה ואמצעי התשלום אינו של המבוטח עמו מתבצעת הרכישה, יש לקבל את אישורו של משלם הפוליסה לגביית פרמיה נוספת מחשבונו)

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

מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא	כן	לא
האם יש לך נכות קיימת מעל 25% או הינך נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?					
האם אתה סובל משברים במערכת השלד, מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), ממחלות של ניוון שרירים, מערכת העצבים והמח לרבות טרשת נפוצה, שיתוק, פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר?					
האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתישב ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?					

ו. הצהרת המועמד/ת לביטוח:

- הני מבקש/ת לבטוח את כלל המועמדים לביטוח ששם רשום בהצעה זו בביטוח המבוקש עפ"י תנאי הצעה זו. ידוע לי שתשובתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד הימנו. אני מתחייב/ת לדווח לחברה על כל שינוי שיחול במצב הרפואי של כלל המועמדים לביטוח, מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתם לביטוח, בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש/ת בהצעה, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבם, עלולות זכויותיהם על פי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה ביטוח. אני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטוח הפוליסה ו/או לגרום לתשלומי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח. כמו כן, ידוע לי כי המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה, בהתאם לתנאי הביטוח.
- ידוע לי כי הביטוח לא יכנס לתוקף עד לקבלת אישור המבטח על כך בכתב, בהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, ולאחר שהוראות החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.
- ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח: אני מצהיר בזה כי הובא לדעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אלי שיוגע לדעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ומטעמה), והכל לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פגיות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.
- הצהרות בעל הפוליסה על ויתור סודיות רפואית

- 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, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולי וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן, לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לי - "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח"), את כל הפרטים, בלא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש על ידי "המבטח" 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/נו הבריאותי.
- 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 המוסר מידע כאמור.
- כן, אני מייפה את "המבטח" לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על חשבון פוליסה זו.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי וביאי כוחי 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 קופת חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי טעמו ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ז. הצהרת הסוכן:

דיברתי עם בעל הפוליסה באופן אישי, קיבלתי את אישורו/ה לצרף את המועמדים לביטוח, לאחר שהסברתי לה/ה את פרטי התוכנית, התנאים והסייגים והקראתי לה/ה את הגילוי הנאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.

ח. תרשומת שיחה / פגישה:

שוחחתי טלפוני/בפגישה אישית (סמן בעיגול) עם: _____ השיחה נערכה בתאריך: ____ / ____ / ____ שעה: _____
 העתק מטופס גילוי נאות נשלח / נמסר (סמן בעיגול) למועמד לביטוח ביום ____ / ____ / ____ . יש לצרף עותק להצעה.
 מס' טלפון של בעל הפוליסה (במידה ומדובר בשיחה טלפונית): _____

תאריך: _____ שם הסוכן: מנגו מס' סוכן: 4766 חתימת הסוכן: _____

במידה והמכירה הינה מכירה פרונטאלית: מס' ת.ז מועמד/ת לביטוח _____ חתימת מועמד/ת לביטוח: _____