הצעה מקוצרת לביטוח בריאות וסיעוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

חותמת תאריך קבלה בחברה	שם הסוכן	מספרו
		78869
	שם המפקח	
	מספר הצעה / פוליסה	

תאריך התחלת הביטוח

01/ ___ ___ / 20 ___ ___

א. פרטי המועמדים לביטוח

פרטי המועמד הראשון (בעל הפוליסה)	הפרטים למילוי	פרטי המועמד השני
משפחה / פרטי	שם משפחה ופרטי	משפחה / פרטי
ס"ב / יום חודש שנה	מספר זהות / תאריך לידה	ס"ב / יום חודש שנה
ז ☐ נ ☐ ר ☐ נ ☐ ג ☐ א ☐ _____ ילדים	מין / מצב משפחתי / ילדים	ז ☐ נ ☐ ר ☐ נ ☐ ג ☐ א ☐ _____ ילדים
משקל בק"ג _____ גובה בס"מ _____	משקל / גובה	משקל בק"ג _____ גובה בס"מ _____
☐ **לא עישנתי מעולם** ☐ **מעשן** ____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך ____ שנים. ☐ **הפסקתי לעשן** לפני _____ שנים עד אז עישנתי ____ סיגריות ליום במשך ____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____	הצהרות עישון	☐ **לא עישנתי מעולם** ☐ **מעשן** ____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך ____ שנים. ☐ **הפסקתי לעשן** לפני _____ שנים עד אז עישנתי ____ סיגריות ליום במשך ____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____
מקצוע / עיסוק בפועל	מקצוע / עיסוק בפועל	מקצוע / עיסוק בפועל
תחביב	תחביב מסוכן	תחביב
רחוב / מס' בית	כתובת	רחוב / מס' בית
יישוב / מיקוד		יישוב / מיקוד
רגיל / נייד	מספרי טלפון	רגיל / נייד
פקס / e-mail	פקס / e-mail	פקס / e-mail
קופת-חולים / משלים קופת-חולים ☐ **לא** ☐ **כן**, שם התכנית _____	קופת-חולים / משלים קופת-חולים	קופת-חולים / משלים קופת-חולים ☐ **לא** ☐ **כן**, שם התכנית _____
	שם הרופא המטפל ושם היישוב	
☐ לא ☐ כן, פרט _____	האם אי-פעם נדחתה הצעתך לביטוח סיעודי/בריאות/חיים או התקבלת בתנאים מיוחדים?	☐ לא ☐ כן, פרט _____

ב. פרטי הילדים המועמדים לביטוח

	שם הילד - רשום גם שם משפחה אם שונה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	משקל בק"ג	גובה בס"מ
1				☐ זכר ☐ נקבה		
2				☐ זכר ☐ נקבה		
3				☐ זכר ☐ נקבה		
4				☐ זכר ☐ נקבה		

ג. פרטי ביטוח הבריאות המוצע

בריאות

הביטוח היסודי

☐ **בריאות לדורות - הדור החדש**

☐ **אחריות חובה למשפחה - אחריות כלל השתלה + סל תרופות פרטי** (עד 5,000,000 ש"ח)

כתבי שירות לביטוח היסודי

☑ **כתב שירות לאחריות** ☐ **רפואה אלטרנטיבית** ☐ **אורח חיים** ☐ **אחר** _____

אחריות לחיים (מחלות קשות)

☐ **כפוליסה עצמאית (למבוטח חדש בלבד)** ☐ **כנספח לפוליסת בריאות מספר** _____ **סכום ביטוח מועמד ראשון** _____ ש"ח **סכום ביטוח מועמד שני** _____ ש"ח

☐ **נספח רפואה שלמה לי- (ניתן לרכוש כיסוי זה מגיל שנה)** **סכום ביטוח לכל ילד** _____ ש"ח

אחריות לחיים - סרטן

☐ **כפוליסה עצמאית (למבוטח חדש בלבד)** ☐ **כנספח לפוליסת בריאות מספר** _____ **סכום ביטוח מועמד ראשון** _____ ש"ח **סכום ביטוח מועמד שני** _____ ש"ח

☐ **נספח אחריות לחיים סרטן לילד - (ניתן לרכוש כיסוי זה מגיל 3)** **סכום ביטוח לכל ילד** _____ ש"ח

☐ **נספח רפואה שלמה לילד - (ניתן לרכוש כיסוי זה מגיל 3)** **סכום ביטוח לכל ילד** _____ ש"ח

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת המבוטח השני _____

ד. פרטי ביטוח הסיעוד המוצע (לכל מועמד תופק פוליסה נפרדת)

כתב שירות	☑ כתב שירות לפוליסת הסיעוד	נספח	☐ סל תרופות פרטי	סיעוד

☐ **אחריות לעתיד**	תקופת תשלום	☐ **כל החיים**	☐ **60 חודשים**	☐ **36 חודשים**	← סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון _____ ש"ח	תקופת המתנה
	גמלת הסיעוד	☐ **כל החיים**	☐ **60 חודשים**	☐ **36 חודשים**	← סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני _____ ש"ח	☑ **60 יום**
	* **מגיל 3 בלבד**	☐ **כל החיים**	☐ **60 חודשים**	☐ **36 חודשים**	← סכום גמלת הסיעוד החודשית לילד/ים* _____ ש"ח	
☐ **חיים לעתיד - נספח**	☐ **מועמד ראשי** ☐ **מועמד משני** * מגיל 18 ומעלה					
☐ **אחריות אישית לעתיד - נספח** פרמיה משתנה	תקופת תשלום	☐ **כל החיים**	☐ **60 חודשים**	☐ **36 חודשים**	← סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון _____ ש"ח	תקופת המתנה
	גמלת הסיעוד	☐ **כל החיים**	☐ **60 חודשים**	☐ **36 חודשים**	← סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני _____ ש"ח	☑ **60 יום**

☐ **אחריות לעתיד משלים** פרמיה קבועה

פוליסת "אחריות לעתיד משלים" משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד אשר נרכשה על-ידי המבוטח באמצעות קופת-חולים או מכוח הסכם קבוצתי או כפוליסת סיעוד פרטית (להלן "הפוליסות הבסיסיות") ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסות הסיעוד בצמידות לפוליסות הבסיסיות. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסות הבסיסיות (בדרך-כלל 3 שנים או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. כדי למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל-פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 שנים או 5 שנים (לפי תכנית הביטוח שנרכשה על-ידו בהצעה זו) בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי.
לתשומת לבך! רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד במסגרת הפוליסות הבסיסיות (שנרכשו במסגרת קופת-חולים, בהסכם קבוצתי או כפוליסת סיעוד פרטית).

באפשרותך לרכוש ביטוח סיעודי משלים:

	המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני
☐ למועמדים לביטוח שברשותם ביטוח סיעודי בסיסי	שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____	**משלים קופת-חולים**	שם תכנית הביטוח הסיעודי הבסיסית _____
	☐ **כללית** (דקלה) ☐ **מכבי סיעודי** (כלל בריאות) ☐ **מאוחדת עדיף** (פניקס) ☐ **לאומית סיעוד** (כלל בריאות) ☐ **אחר** _____	**קופת-חולים והגוף המבטח**	☐ **כללית** (דקלה) ☐ **מכבי סיעודי** (כלל בריאות) ☐ **מאוחדת עדיף** (פניקס) ☐ **לאומית סיעוד** (כלל בריאות) ☐ **אחר** _____
	☐ **36 חודשים (3 שנים)** ☐ **60 חודשים (5 שנים)** **לתשומת לבך!** בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.	**תקופת המתנה**	☐ **36 חודשים (3 שנים)** ☐ **60 חודשים (5 שנים)** **לתשומת לבך!** בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי הפוליסה.

הערה: תקופת המתנה לביטוח סיעודי משלים (36 או 60 חודש), מותנית בכך שלמבוטח ביטוח סיעודי בסיסי המכסה את תקופת ההמתנה (36 או 60 חודש).

☑ **כל החיים**		**תקופת תשלום התגמול הסיעודי**	☑ **כל החיים**
_____ ש"ח		**סכום גמלת הסיעוד החודשית**	_____ ש"ח

תאריך _____ חתימת מועמד ראשון _____ חתימת מועמד שני _____

ה. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות
(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 הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

☐ **לא, חתום כנדרש בתחתית השאלון לפוליסת ביטוח בריאות זה וסיים בזה את מילויו.**

☐ **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.

תאריך _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה ✗_____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה ✗✗_____

הצהרת הסוכן

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח הבריאות שבתוקף: ☐ **לא** ☐ **כן**

תאריך _____ חתימת הסוכן _____ חתימת הסוכנת _____

פרטי המוטבים	למועמד ראשון	למועמד שני
	שם משפחה _____ שם פרטי _____	שם משפחה _____ שם פרטי _____
	מספר זהות _____ יחס קרבה _____	מספר זהות _____ יחס קרבה _____

ו. הצהרת בריאות מקוצרת

סוג התכנית		מועמד ראשון		מועמד שני		ילדים עד גיל 18 - שמות					
שמות המועמדים לביטוח		לא	כן	לא	כן	1		2		3	
						לא	כן	לא	כן	לא	כן
מועמד ראשון	שם										
	מספר זהות										
מועמד שני	שם										
	מספר זהות										
ילד 1	שם										
	מספר זהות										
ילד 2	שם										
	מספר זהות										
ילד 3	שם										
	מספר זהות										

שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים

	האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או בעיות רפואיות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש לפרט בסוף סעיף זה וגם בשאלון המתאים	אות בשאלון ▼
1.	האם הנך מעשן/נת או עישנת בעבר? **במידה וכן: נא לפרט כמות.**	
2.	מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה בילולגיים מדרגה ראשונה (הורים, ילדים, אחים) שהיא מחלת לב, סוכרת, סרטן, מחלה נוירולוגית, נפשית, ניסיון התאבדות או מקרה מוות.אם כן, פרט: מה הקרבה, המחלה ובאיזה גיל אובחנה או אירע מקרה המוות.	(א)
3.	מערכת העצבים ו/או המוח ו/או הנפש, לרבות אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, פרקינסון, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, pdd, טרשת נפוצה, גושה, ניוון שרירים, הפרעות נפשיות, דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, בעיות התפתחות ו/או בעיות גדילה. **לילדים בלבד:** האם ישנם חיסונים שאמורים היו להינתן בהתאם לגיל הילד ועדיין לא ניתנו?	(ב-ג)
4.	דרכי הנשימה ו/או ריאות, מחלות עור, פסוריאזיס, נגעים ו/או גידולי עור.	(ד+ה)
5.	לחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם, לרבות התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב לב ו/או הולכה, מום מולד, פגיעה במסתמים, טרשת עורקים, מפרצת באאורטה, טרומבוזה, וירידים מורחבים, PVD.	(ו)
6.	מערכת העיכול ו/או כבד, דרכי מרה, לבלב, טחול, הרניה/בקע מכל סוג, בעיות בפי הטבעת ו/או רקטום.	(ז+ח)
7.	כליות ו/או דרכי השתן ו/או פרוסטטה.	(ט)
8.	חילוף חומרים, סוכרת, שומנים, מחלות אנדוקריניות/בלוטות, fmf, גאוט.	(י)
9.	בדם ו/או במערכת החיסון לרבות אנמיה, קרישת דם, מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין, שחפת, איידס, נשאות איידס.	(יא+יב)
10.	מחלה ממארת (סרטן) ו/או גידול סרטני, גידול טרם סרטני, גידול שפיר.	(יג)
11.	עמוד שדרה, פרקים ו/או מפרקים, עצמות, אוסטיאופורוזיס/בריחת סידן, כאבי גב, מחלות ראומטיות, ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאלגיה.	(יד+יז)
12.	אף, אוזן, גרון, ראייה, עיניים, דום נשימה בשינה.	(יט)
13.	במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירני, כעת בהריון, בעיות פיריון (גם אצל גברים), אשך טמיר, וריקוצלה.	(יט)
14.	האם לוקח תרופות באופן קבוע ו/או נמצא בבירור רפואי כלשהו? משתמש בסמים ו/או באלכוהול כעת ו/או בעבר?	(יח)
15.	האם אושפזת ב-3 השנים האחרונות? האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או אתה מועמד לניתוח, בדיקה פולשנית ו/או הדמיה?	
16.	האם סובל ממום מולד ו/או תאונתי, מחלה כרונית, קיימת נכות כלשהי ו/או הינך בתהליך לקבלת נכות?	
17.	האם הגשת ו/או מקבל ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד? משתמש בעזרי ניידות כדי ללכת, נפילות חוזרות? תשישות נפש או דמנציה? האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתרחץ ולהתגלח, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, לתפקד ולקיים את מטלות משק הבית?	

אם התשובה על אחת מן השאלות לעיל היא "כן" יש לפרט כאן, אם המקום אינו מספיק יש לצרף דף נוסף. _____

ז. הצהרות

1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "_____"

(להלן - "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

תאריך _____ חתימת המבוטח הראשי ✗ _____ חתימת המבוטח השני ✗✗ _____

2. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים :

☐ עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

☐ ידוע לי שהחברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה ו/או הנובעת במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן :

_____

נוסח ההחרגה הקובע כפי שיופיע ב - "דף פרטי הביטוח".

הצהרת המבקש/ים /המועמד/ים לביטוח:

1. אני/ו החתום/ם מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן:"ההצעה").
2. אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי, מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על שינוי במצבי, עלולות זכויותיי על פי תנאי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה ביטוח.
3. ידוע ל/לנו כי :

א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה שתקופתה 90 ימים. בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון, ללידה ולתוצאותיהם תקופת האכשרה היא 365 ימים ממועד התחלת הביטוח.

ב. ידוע לנו שביטוח זה מכיל סעיפי החרגות, וכן סייג הפוטר את המבטח מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004.

ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים כי קיבולה או דחייתה של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח. במקרה של דחיית ההצעה המבטח ינמק את החלטתו.

ד. לפוליסת אחריות 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 החולים). 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 המבוטח 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 המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת-חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
4. א. לפוליסת סיעוד: אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי לידי את ה - "מדריך לקונה ביטוח סיעודי".
   ב. לפוליסת אחריות לעתיד משלים: אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת-חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (5 שנים), ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.
5. ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח : אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל ביטוח ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת 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 פניות 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.
6. אני מאשר/ת כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות והמסמך/ים והכתוב בהם. כל ההצהרות לילדיי/נו הקטנים נמסרות על ידינו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.

קוד מסמך 171

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה ✗ _____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה ✗✗ _____

ח. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות ס"ב
☐ כאל ☐ דיינרס ☐ לאומי קארד ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר _____	מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס: חודש 2 0 / שנה

אני הח"מ נותן בזה לחברת **כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ** הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין **כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**.

תאריך _____ חתימה על הכרטיס ✗ _____

ט. הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד

בנק _____

סניף _____

כתובת _____

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה: סניף	קוד מסלקה: בנק

קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
7377	

1. אני/ו הח"מ _____, _____
   שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק — מספר זהות
   מכתובת _____
   נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי:
   א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
   ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
   ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

צוות _____

תאריך _____ חתימה בעלי חשבון ✗ _____

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה: סניף	קוד מסלקה: בנק

קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
7377	

אישור הבנק

לכבוד
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ
דרך מנחם בגין 52
תל-אביב 67137

צוות _____

קיבלנו הוראות מ- _____

לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בנק _____

סניף _____

תאריך _____

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק ממנו יימסר למשלם.

חתימה וחותמת הסניף