

שם הסוכן	מספר סוכן נח"ל
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש
____/____/____

מהדורת אפריל 2022

הצעה למדיכלל עולמי דו-שנתי - טלפוני בהקלטה

יש ליידע את המועמד בתחילת השיחה כי השיחה מוקלטת

פרטי המועמד/ת לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	מין
					□ ז □ נ
טלפון נייד			דואר אלקטרוני		
			_____@_____		
אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:					
אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:					
□ דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה □ דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה					
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה					
כתובת למשלוח דואר	רחוב	מספר/ת"ד	ישוב	מיקוד	
ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*					

מדיכלל עולמי דו-שנתי

גיל כניסה	נא לסמן בהתאם	סוג המוצר	
0-65	☐	מדיכלל עולמי דו-שנתי	1.
	☐	מדיכלל עולמי דו-שנתי כולל ספורט חורף	2.
	☐	מדיכלל עולמי דו-שנתי פרמיום	3.
	☐	מדיכלל עולמי דו-שנתי פרמיום כולל ספורט חורף	4.
		30 ימי נסיעה מצטברים בשנה	
		עד 45 ימים לנסיעה בודדת - ללא הגבלת כמות ימים שנתית	

שאלון בריאות - יש להקריא את ההצהרה הבאה למועמד לפני מילוי הצהרת הבריאות לתשומת ליבך - 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.

ק	לא	שאלון בריאות	
		האם בששת החודשים האחרונים אושפזת, לרבות אשפוז יום או פנית לטיפול בחדר מיון, עברת בדיקות פולשניות או בדיקות הדמיה עם ממצאים חריגים, טופלת בגין מחלת הסרטן (למעט טיפול תרופתי קבוע באותה תרופה בששת החודשים האחרונים) או מטופלת/ת בדיאליזה?	1
		האם את/ה נמצא/ת בהליך בירור רפואי?	2
		האם אובחנו אצלך מחלות או בעיות רפואיות כרוניות אשר במהלך ששת החודשים האחרונים, חלה בהן החמרה כלשהי?	3

