



מועמד/ת יקר/ה,

נשמח לעזור בכל שאלה שתעלה במהלך מילוי טופס זה.  
את מספרי החינם שלנו ניתן למצוא באתר האינטרנט: [www.davidshield.com/tollfree.php](http://www.davidshield.com/tollfree.php)  
תוקף הצעת הביטוח - 30 יום מתאריך מילוי טופס זה. הנך מתבקש/ת למלא טופס זה במלואו.  
ילדים מעל גיל 18 יש למלא בקשת הצטרפות נפרדת.

**במידה וברשותך כיסוי ביטוחי אחר, אנו ממליצים לא לבטלו עד לקבלת אישור מחברתנו לקבלתך לביטוח DavidShield.  
נא תשומת לבך לכך שהפוליסה תישלח לכתובתך הקבועה בישראל.**

**אנא הקפד/י לקרוא את ההצהרות המופיעות בסעיף 8 בטופס זה, ולחתום עליהן.**

תאריך: \_\_\_\_\_

### 1. פרטים כלליים

סוג ביטוח הבריאות המבוקש: כיסוי כלל עולמי  PPO1500  PPO500  
 כיסוי כלל עולמי (למעט ארה"ב וקנדה) DavidShield - Global  ארץ יעד: \_\_\_\_\_

סוג המועמד: פרטי  עסקי   
**במידה והלקוח עסקי:** שם החברה: \_\_\_\_\_

שם איש הקשר ותפקידו: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_  
(לתשומת לבך, הביטוח אינו יכול להכנס לתוקף, אלא לאחר קבלת אישור בכתב/בעל פה מהמבטח)

### 2. פרטים אישיים

פרטי מועמד ראשי:

שם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

שם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (אנגלית): \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ אזרחות: \_\_\_\_\_

אזרחות נוספת: \_\_\_\_\_ האם אתה תושב ישראל? כן  לא  ת.ז. ישראלית:

מסי פספורט: \_\_\_\_\_ משקל בק"ג: \_\_\_\_\_ גובה בס"מ: \_\_\_\_\_

קופת חולים אחרונה בה היית חבר: \_\_\_\_\_ כללית  לאומית  מאוחדת  מכבי

פרטי בן/בת הזוג (מועמד שני):

שם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

שם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (אנגלית): \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ אזרחות: \_\_\_\_\_

אזרחות נוספת: \_\_\_\_\_ האם אתה תושב ישראל? כן  לא  ת.ז. ישראלית:

מסי פספורט: \_\_\_\_\_ משקל בק"ג: \_\_\_\_\_ גובה בס"מ: \_\_\_\_\_

קופת חולים אחרונה בה היית חבר: \_\_\_\_\_ כללית  לאומית  מאוחדת  מכבי

**פרטי ילדים עד גיל 18: ילד ראשון**

שם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
שם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (אנגלית): \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ אזרחות: \_\_\_\_\_  
האם אתה תושב ישראל? כן  לא  ת.ז. ישראלית: \_\_\_\_\_  
מס' פספורט: \_\_\_\_\_ משקל בק"ג: \_\_\_\_\_ גובה בס"מ: \_\_\_\_\_  
קופת חולים אחרונה בה היית חבר: כללית  לאומית  מאוחדת  מכבי

**פרטי ילדים עד גיל 18: ילד שני**

שם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
שם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (אנגלית): \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ אזרחות: \_\_\_\_\_  
האם אתה תושב ישראל? כן  לא  ת.ז. ישראלית: \_\_\_\_\_  
מס' פספורט: \_\_\_\_\_ משקל בק"ג: \_\_\_\_\_ גובה בס"מ: \_\_\_\_\_  
קופת חולים אחרונה בה היית חבר: כללית  לאומית  מאוחדת  מכבי

**פרטי ילדים עד גיל 18: ילד שלישי**

שם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (עברית): \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
שם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_ שם פרטי (אנגלית): \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ אזרחות: \_\_\_\_\_  
האם אתה תושב ישראל? כן  לא  ת.ז. ישראלית: \_\_\_\_\_  
מס' פספורט: \_\_\_\_\_ משקל בק"ג: \_\_\_\_\_ גובה בס"מ: \_\_\_\_\_  
קופת חולים אחרונה בה היית חבר: כללית  לאומית  מאוחדת  מכבי

**3. כתובת קבועה בישראל**

שם הנמען: \_\_\_\_\_ רחוב ומספר בית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_ סלולרי: \_\_\_\_\_  
פקס: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

**4. כתובת נוספת בחו"ל למשלוח דברי דואר נוספים (אנא מלא/י פרטים אלו באנגלית ובכתב יד ברור)**

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר בית: \_\_\_\_\_ קומה: \_\_\_\_\_ דירה: \_\_\_\_\_ כניסה: \_\_\_\_\_  
עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ ארץ (בארה"ב נא להוסיף מדינה state): \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ סלולרי: \_\_\_\_\_  
פקס: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

**5. פרטי איש קשר (מיופה כח) המוסמך לקבל מסמכים (לרבות הפוליסה) ולחתום בשמך**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
ת.ז. ישראלית: \_\_\_\_\_ רחוב ומספר בית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_ סלולרי: \_\_\_\_\_  
פקס: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת בשמי ובשם בני משפחתי להיות מבוטח/ים עפ"י הצעה זו. אני מצהיר/ה כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות שלי ושל בני משפחתי, מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי תשובות שאינן מלאות ו/או נכונות ואי גילוי פרטים מהותיים בקשר להצעה ולהצהרת הבריאות, עלולות להביא לביטול הפוליסה, לאי תשלום תביעות ולנקיטת אמצעים אחרים הקבועים בחוק. הנני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכימ/ה לכך כי מצב רפואי קודם שהיה קיים לפני קבלתי לביטוח יכוסה רק בתום תקופת המתנה של 12 חודשים ומחובתי להצהיר עליו. ידוע לי כי מצב רפואי קודם שהיה קיים לפני קבלתי לביטוח ולא הוצהר, עלול שיגרום לביטול חוזה הביטוח ודחיית תביעות עתידיות. חוזה הביטוח יעשה רק אם תאושר ההצעה ע"י החברה ובתנאי שהפרמייה הראשונה שולמה במלואה לחברה. קבלת סכום כלשהוא ע"י החברה בקשר להצעה זו לא תחשב כאישור ההצעה על ידה או כהסכמתה לכריתת חוזה הביטוח.

ידוע לי כי הצהרת הבריאות שלי ושל בני משפחתי, המהווה חלק בלתי נפרד מהצעה זו, תעבור לחיתום רפואי. ידוע לי כי חברת הביטוח רשאית להחליט על תנאי חיתום המשקפים את הסיכון הביטוחי הנוסף הנובע מהצהרת הבריאות כפי שהוצהרה על ידי, לרבות החרגות ו/או תוספות לפרמיה או אי קבלה לביטוח. ידוע לי כי מחובתי לעדכן את חברת הביטוח מיד עם קבלת אזרחות מדינת היעד. ידוע לי שבתום 90 יום מיום חזרתי הקבועה לישראל או מיום קבלת אזרחות מדינת היעד, רשאית חברת הביטוח לבטל פוליסה זו.

ידוע לי כי הפוליסה נמצאת בפיקוח מדינת ישראל - משרד האוצר - אגף שוק ההון - המפקח על הביטוח. החברה המבטחת הינה חברת כלל, חברה לביטוח בע"מ, או אריה, חברה לביטוח בע"מ. ידוע לי והנני מסכימ/ה לכך כי הודעות ודברי דואר ישלחו עפ"י הצורך לכתובתי בישראל ו/או לכתובתי בחו"ל ו/או לכתובת הדואר האלקטרוני ו/או בפקס. כמו כן ידוע לי והנני מסכימ/ה כי הפוליסה, מכתבים רשומים וכתבי בית - דין ישלחו לכתובתי בישראל בלבד, והגעתם לכתובתי בישראל תהווה מסירה כדין.

**ידוע לי כי הפוליסה הינה פוליסה ישראלית הכפופה לדין ולשיפוט ישראלי בלבד בין אם התבצעה באמצעות הטלפון ו/או דואר ו/או פקס ו/או אחר, בוצעה הלכה למעשה במדינת ישראל. ידוע לי כי מקום השיפוט לעניין פוליסה זו הוא ביהמ"ש המוסמך, בתחומי מדינת ישראל בלבד.**

ידוע לי ואני מסכימ/ה לכך כי בגין בירור בכל עניין ועניין הנוגע לביטוח זה, הנוסח הקובע הינו הנוסח המופיע בפוליסה בלבד.

### ויתור סודיות רפואית

הנני נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל, לרופא המטפל בי ובבני משפחתי וכל רופא אחר שאני או בני משפחתי נמצאים או נימצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות ובתי החולים האחרים, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ או אריה חברה לביטוח בע"מ או **United Healthcare** או דיויד שילד סוכנות לביטוח חיים (2000) בע"מ (להלן "המבקש") או מי מטעמו, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" ו/או באים בשמו, על מצב הבריאות, מחלות קיימות או שחלפו וכן כל ממצא או אבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב הבריאות שלי או של בני משפחתי.

אני משחרר/ת כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות והמחלות כאמור ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

\* חייב בחתימת המועמד הראשי והמועמד השני

מועמד ראשי חתימה:	שם:	תאריך:
מועמד שני חתימה:	שם:	תאריך:
ילדים מתחת לגיל 18:		
שם ומשפחה של ממלא הטופס:		

\* בהעדר חתימת המועמד השני, תחשב חתימת המועמד הראשי כחתימה בשמו של המועמד השני

אני הח"מ, נותנת/לכם הוראה לחייב את כרטיס האשראי, שמופיע להלן, בגין הפרמיה, לרבות הפרשי הצמדה בסכומים אשר יקבעו מעת לעת ע"י DavidShield סוכנות לביטוח חיים (2000) בע"מ, על פי הסכם הפוליסה ותוספותיה.

<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Diners	<input type="checkbox"/> Mastercard	סוג הכרטיס:
<input type="text"/>				שם בעל הכרטיס (כפי שמוטבע על הכרטיס):
<input type="text"/>				תאריך פקיעת תוקף: שנה <input type="text"/> חודש <input type="text"/> מספר כרטיס: <input type="text"/>
<input type="text"/>				שם מועמד ראשי: המספר המופיע על גב הכרטיס: <input type="text"/>
<input type="text"/>				חתימת בעל הכרטיס: ת.ז. או דרכון: <input type="text"/>

שם מלא של ממלא הטופס:

אנו מודים לך על הזמן שהשקעת במילוי טופס בקשת ההצטרפות לביטוח DavidShield.

אנא ודא/י:

\* הפרטים שמסרת בסעיפים 1-9 מלאים ונכונים.

\* קראת וחתמת על ההצהרות המופיעות בסעיף 8 בטופס זה.

אנא שלח/י טופס זה למשרדנו:

מס' פקס: + 972 9 8920900

דוא"ל: [sales@davidshield.com](mailto:sales@davidshield.com)

כתובת: ת.ד. 8767 נתניה, ישראל. מיקוד 42504

#### לשימוש הסוכן בלבד

<input type="text"/>	שם הסוכן:	<input type="text"/>	חברה: כלל <input type="checkbox"/>	אחר: <input type="checkbox"/>	מספר הסוכן: <input type="text"/>
<input type="text"/>	טלפון:	<input type="text"/>	טלפון נייד: <input type="text"/>		
<input type="text"/>					
<input type="text"/>	מספר מפקח:	<input type="text"/>	שם מפקח: <input type="text"/>	שם הסוכנות: <input type="text"/>	

אני הח"מ סוכן הביטוח, המתווך בין בעל הפוליסה והמועמדים, לבין החברה מצהיר בזה כי שאלתי את המועמדים לביטוח ו/או את בעל הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל לרבות מספר כרטיס אשראי או הוראת קבע והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן:
----------------------	--------------