



תאריך: \_\_\_\_\_

### טופס התאמת צרכים

**א. פרטי הסוכן:**

| שם הסוכן    | שם הסוכנות                  | תפקיד הסוכן בסוכנות | מס' סוכן   |
|-------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| כפיר סרוסי  | עטרות פז סוכנות לביטוח בע"מ | מנכ"ל               |            |
| טלפון במשרד | טלפון נייד                  | כתובת דואר אלקטרוני | פקס        |
| 04-6580200  | 054-22 34888                | kfir@ateret.co.il   | 04-6580215 |

**ב. פרטים אישיים:**

| שם משפחה ופרטי | ת.ז. | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי |
|----------------|------|------------|-----|------------|
|                |      |            |     | מועמד ראשי |
|                |      |            |     | מועמד שני  |
|                |      |            |     | ילד 1      |
|                |      |            |     | ילד 2      |
|                |      |            |     | ילד 3      |
|                |      |            |     | ילד 4      |

**ג. כיסויים קיימים:**

|                          |   |                          |                              |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל                  | <input type="checkbox"/> | ביטוח למקרה מוות פרמיה משתנה |
| <input type="checkbox"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל                   | <input type="checkbox"/> | ביטוח למקרה מוות פרמיה קבועה |
| <input type="checkbox"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן | <input type="checkbox"/> | ריסק למשכנתא                 |
| <input type="checkbox"/> | תרופות  | <input type="checkbox"/> | מוות מתאונה                  |
| <input type="checkbox"/> | השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל                 | <input type="checkbox"/> | נכות מתאונה                  |
| <input type="checkbox"/> | סיעוד   | <input type="checkbox"/> | תאונות אישיות                |
| <input type="checkbox"/> | מחלות קשות                                    | <input type="checkbox"/> | אובדן כושר עבודה             |
| <input type="checkbox"/> | אמבולטורי                                     | <input type="checkbox"/> | כתבי שירות נוספים            |
| <input type="checkbox"/> | רפואה משלימה                                  | <input type="checkbox"/> | אחר                          |

**ד. הליך ההתאמה התבסס על:**

מידע שנמסר מחברת הביטוח באמצעות טופס ייפוי כוח (נספח ב' לחוזר ייפוי כוח)

דיווח שנתי אחרון

המידע הקיים באתר האינטרנט של החברת הביטוח בפוליסה המקורית

אחר: \_\_\_\_\_

**ה. במסגרת השיחה, בחנו את הנקודות הבאות:**

1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים או בריאות רלוונטיות בתוקף? ותשובתך:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

2. האם כתוצאה מרכישת פוליסת הביטוח החדשה, הפוליסה הקיימת עשויה להתבטל באופן חלקי או מלא או שסכומי הביטוח יוקטנו, ותשובתך הייתה:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

3. הסברתי את הצורך בפוליסה חדשה וכן היתרונות והחסרונות של הפוליסה החדשה, שהם:

---

---

---

---

---

---

---

---

4. לאחר שסקרנו וניתחנו את כל פרטי הכיסויים הקיימים כמפורט לעיל ולאחר שבחנו וביררנו את הצרכים האישיים משפחתיים שלך להלן סיכום הצעתנו:

- הקמת פוליסת ביטוח חדשה
- החלפת פוליסה קיימת בפוליסה חדשה.
- החלפת כיסוי קיים בכיסוי חדש
- הוספת כיסוי/הרחבה/כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת.
- המשך הפוליסות הקיימות ללא שינוי.
- ביטול פוליסה קיימת

5. האם הנך מעוניין שבקשת הביטול תשלח באמצעותי?  לא  כן- נדרשת חתימה על בקשה לביטול- נספח ג'

6. האם בפוליסה המוצעת נקבעו לך החרגות לכיסוי הביטוחי? אם יתקבלו תנאי חיתום רפואיים שונים מהתנאים הרגילים, אעביר לידיעתך ואישורך.

בפוליסות פיצוי בלבד (ריסק, סיעוד, מחלות קשות, תאונות אישיות): אין בכוונתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי ולכן לא בוצעה השוואת החרגות.

**ו. חתימות המועמד לביטוח וסוכן הביטוח כי בוצע הליך התאמה ונמסר עותק מהמסמך למועמד בהתאם להוראת החוזר:**

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_