

כלל ביטוח ופיננסים בע"מ ו/או כלל פנסיה וגמל בע"מ
(להלן ביחד ו/או לחוד "החברה")

הנדון: ביטול מינוי סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מס' טלפון/נייד
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני			
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:			
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל			
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.			
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.			
אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.			
<input type="checkbox"/> איני מאשר.			
תאריך		חתימה	

אני החתום מטה _____ תעודת זהות מספר _____

מבקש/ת להודיעכם על ביטול כל ייפוי כוח ו/או הרשאה ו/או מינוי סוכן ביטוח ו/או יועץ פנסיוני, לקבלת מידע ו/או לביצוע פעולות, במוצרים הבאים המנוהלים אצלכם (יש לסמן את המוצרים הרלוונטיים/ים):

ביטול לקבלת מידע ולביצוע פעולות:

ביטול לביצוע פעולות בלבד*:

* סוכן הביטוח ו/או היועץ הפנסיוני ימשיכו לקבל מידע בגין המוצרים המסומנים.

כלל פנסיה וגמל בע"מ:

קרן פנסיה

קופות גמל, מספר עמית: _____, _____, _____, _____

קרן השתלמות, מספר עמית: _____, _____, _____, _____

כלל חברה לביטוח בע"מ:

ביטוח חיים, מספר פוליסה: _____, _____, _____, _____

ידוע לי כי תראו את ייפוי הכוח כבטל החל מתום חמישה ימי עסקים מהיום שבו תקבלו את הודעתי זו.
עם ביטול ייפוי הכוח כאמור לעיל, כל עוד לא אתן ייפוי כוח או אמנה סוכן ביטוח ו/או יועץ פנסיוני אחר, לא אהיה משוך לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני כלשהו.

תאריך _____ חתימה _____

למילוי פנימי בלבד:

פנסיה / חיים	מס' משווק
גמל והשתלמות	מס' משווק

