

פרטי המוטבים במות המבוטח

מבוטח ראשי				
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%

☐ לפי צוואה ☐ יורשים חוקיים ☐ חברה ☐ רשום ח"פ _____

מבוטח שני				
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%

☐ לפי צוואה ☐ יורשים חוקיים ☐ חברה ☐ רשום ח"פ _____

ג. הכיסוי הביטוחי

תאריך התחלת הביטוח _____ / 20____ / 01/

סוג הכיסוי	לגיל	מועמד ראשי סכום ביטוח	מועמד שני סכום ביטוח	הערות
כיסוי יסודי "ריסק אישי חכם" בפוליסה מסוג "ספיר" - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה*	80	ש"ח _____ הגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה _____	ש"ח _____ הגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה _____	1. החל מהגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה ישנתנה סכום הביטוח בכל שנה בהתאמה לפרמיה בגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה. על אף האמור במהלך שלוש השנים הראשונות מהגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה, סכום הביטוח שנרכש יישאר ללא שינוי והחל מהשנה הרביעית ואילך ישנתנה סכום הביטוח בהתאמה לפרמיה הנגזרת מהגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה. 2. ניתן לקבוע גיל ביטוחי לקיבוע הפרמיה מינימום 10 שנים ממועד ההצטרפות ועד גיל ביטוחי 70. 3. על אף קביעת גיל ביטוחי לקיבוע הפרמיה מובהר, כי המבוטח רשאי להקטין את סכום הביטוח בכל עת בתקופת הביטוח. 4. לתשומת ליבך, ככל שתבקש בעתיד לבטל את קביעתך לעניין גיל ביטוחי לקיבוע הפרמיה, שינוי זה יחייב חיתום. 5. גיל כניסה מקסימלי ל"ריסק אישי חכם" - גיל ביטוחי 60.
כיסוי ריידר "ריסק אישי חכם" בפוליסה מסוג "ספיר" - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה*	80	ש"ח _____ הגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה _____	ש"ח _____ הגיל הנבחר לקיבוע הפרמיה _____	1. ניתן לרכוש כיסוי שחרור למועמד אחד בלבד. 2. אם לא נבחר גיל תום תקופת הביטוח, יירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח 4. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.
☐ שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. הרחבות: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצ'יזה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	☐ 60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67	☐	☐	

* מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח לפני הגעת המבוטח לגיל הנבחר להקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן.



ד. הצהרת המועמד/ים לביטוח על מצבו/ם הבריאותי

1. פרטים כלליים

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
ראשי				☐ זכר ☐ נקבה			
שני				☐ זכר ☐ נקבה			

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני	כן	לא
1.				
2.				
3.				
4.	א			
5.	ב			

1. האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?

2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?

3. האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?

4. האם צורך / צרכת סמים קעת או בעבר?

5. האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, פוליפוזיס של המעי?

3. האם אובחנה אצלך אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם את השאלון המתאים

אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני	כן	לא
א				
ב				
ג				
ד				
ה				
ו				
ז				
ח				
ט				
י				
יא				
יב				
יג				
יד				
טו				
טז				
יז				
יח				
יט				
כ				

1. **במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי** - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.

2. **בנפש** - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.

3. **בדרכי נשימה, ריאות** - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.

4. **בעור** - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.

5. **בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם** - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבозה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.

6. **במערכת העיכול** - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.

7. **בקע / הרניה** - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.

8. **בכבד, במרה, בלבלב** - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.

9. **כליות בדרכי השתן, ערמונית** - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטי, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.

10. **מחלה מטבולית, הרמונית (אנדוקרינולוגיה)** - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינמה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.

11. **בדם, בטחול, במערכת החיסון** - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.

12. **מחלות זיהומיות, מחלות מין** - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.

13. **מחלות ממאירות, גידולים ממאירים** - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.

14. **במערכת השלד והשרירים** - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.

15. **במערכת הראיה** - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.

16. **אף אוזן גרון** - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.

17. **במערכת המין והרבייה** - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, קעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שריירי, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.

18. **מחלות ראומוטיות** - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה.



חתימות המועמד/ים על הצהרת הבריאות

ה. הצהרת המועמד/ים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

מספר תעודת זהות _____

הואיל וההשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידיה, 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 הסיוקומי ו/או הסוציאלי ו/או הלימודי, אני משחרר בהזאתכם מחובות שמירה כל סודיות בכל הנוגע לאסור לעלוי 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 ו/או מי 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.

אישור תנאי קבלה מיוחדים

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454. לידיעך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך. בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.



ז. הצהרת המועמד/ים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

ז. ☐ במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרמיה, הכוללת הנחות ותוספות ככל שקיימות.

ח. ☐ במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

☐ נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיוגו לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שישפיק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה או מספקים לה שירותים.

• אני מאשר כי החברה תפנה אליי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיור 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 איני רוצה לקבל דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

☐ אני מאשר.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח
X ולבעלות על הפוליסה
תאריך _____ חתימת המועמד
X השני לביטוח

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

א. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

ב. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

ג. ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. מובהר, כי גם אם מסרתי מידע ו/או מסמכים רפואיים ו/או הצהרתי על מידע ו/או מסמכים כאמור במסגרת פוליסות בענפי ביטוח אחרים אצל המבטח (להלן: "המידע הרלוונטי"), אך לא מסרתי את המידע הרלוונטי למבטח במסגרת פוליסות/ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסות/ביטוח חיים כאילו לא גיליתי למבטח את המידע הרלוונטי. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ד. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. ידוע לי שההודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

ו. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסר לחברה ישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי שאיננה אגב מכירה פנסיונית ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:		
מועמד ראשון	מועמד שני	
☐	☐	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
☐	☐	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
☐	☐	אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח* - יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח
אישור לרכישת הכסוי המוצע בנוסף למוצר הקיים		
☐	☐	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים

*הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

ח. הצהרת הסוכן

4. אני או מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המועמד לביטוח לצורך פנייה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של ההרשאה.

5. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח ועבור כיסויי ביטוח חיים נמסרה גם טבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.

6. אם רכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי - במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למועמד ביטוח מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות, הסברתי למועמד כי הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

7. אם המועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמד לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

2. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל, והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרות וכי הוא מסכים לאמור בהן.

3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד לביטוח, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור, או קבלת המידע מהמועמד לביטוח לאחר שפנה בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו מעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת הסוכן X חתימת הסוכנות X



אמצעי תשלום – ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף
מספר חשבון	קוד מוסד	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
628		כלל חברה לביטוח בע"מ	

☒ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב _____ ₪ ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

אנו ה"מ" (בעלי החשבון) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

מספר זהות/ח.פ.	שם בעלי חשבון הבנק	פוליסה לעדכון
		☐ כל הפוליסות ☐ מס' פוליסה/ות לעדכון _____
רחוב	מספר	יישוב
מיקוד		

- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו, וזאת בגין חיובים על-פי חוזה ביטוח/חיובים על-פי הסכם הלוואות).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק **ולכלל חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
- ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ

אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן

הנני מאשר בזה כי ביום _____ זיהיתי את הלקוח באמצעות תעודת זהות/רשיון נהיגה, וזיהאתי שהוא בעל חשבון הבנק המפורט לעיל והוא חתם על מסמך זה בפניי.

תאריך	שם הסוכן	מספר הסוכן	חתימת + חותמת סוכנות
			X

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח

תאריך	חתימת הלקוחות
	XX

תשלום בכרטיס האשראי

סוג הכרטיס	תוקף	מספר כרטיס אשראי
☐ ויזה ☐ ישראל ☐ אמריקן אקספרס ☐ דינרס		
אחר: _____		
שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות	
כתובת מגורים - רחוב	מספר	יישוב
מיקוד		

שובר זה נחתם על-ידי, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך	חתימת בעל כרטיס האשראי
	X

כלל חברה לביטוח בע"מ





קוד מסמך: 1668

הודעת ביטול פוליסה לפי חוזר צירוף לביטוח (נספח ג')

עבור חברת הביטוח:

☐ הראל ☐ מגדל ☐ הפניקס ☐ מנורה
☐ אילון ☐ הכשרה ☐ ביטוח ישיר 555 ☐ AIG

אני _____ (שם מלא), תעודת זהות _____ ,
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
2. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
3. _____ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ שמספרה _____
הקיימת בחברתכם החל מיום _____ .
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____ .



תאריך _____ חתימת המבוטח



קוד מסמך: 1668

הודעת ביטול פוליסה לפי חוזר צירוף לביטוח (נספח ג')

עבור חברת הביטוח:

☐ הראל ☐ מגדל ☐ הפניקס ☐ מנורה
☐ אילון ☐ הכשרה ☐ ביטוח ישיר 555 ☐ AIG

אני _____ (שם מלא), תעודת זהות _____ ,
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
2. _____ (שם ומספר תעודת זהות)
3. _____ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ שמספרה _____
הקיימת בחברתכם החל מיום _____.
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____.



תאריך _____ חתימת המבוטח