כלל ביטוח ופיננסים

טופס מספר **549**

כ ל ל ח ב ר ה ל ב י ט ו ח ב ע " מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה ☐ – ☐☐☐☐☐☐☐	

לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clalbit.co.il

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הצעה לרכישת כיסוי ביטוח חיים לשותפים

א. המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין: ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי: ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון / מספר נייד
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב / מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני			מקצוע/עיסוק

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:

מועמד ראשי לביטוח	מועמד שני לביטוח
☐ **אמצעי דיגיטלי** (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) ☐ **דואר רגיל**	☐ **אמצעי דיגיטלי** (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) ☐ **דואר רגיל**

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון 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*.

המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין: ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי: ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון / מספר נייד
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב / מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני			מקצוע/עיסוק

אני מוסר לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מועמד ראשי	מועמד שני
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?	☐ לא ☐ כן, פרט _____	☐ לא ☐ כן, פרט _____
האם הנך בעל אזרחות ישראלית? אם לא, אך הנך בעל מעמד של תושב קבע או תושב ארעי יש לצרף להצעה הוכחת חברות בקופ"ח מעל לחצי שנה ואישור ניהול חשבון	☐ לא, נדרשים מסכים נוספים ☐ כן	☐ לא, נדרשים מסכים נוספים ☐ כן
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	☐ לא ☐ כן, פרט _____	☐ לא ☐ כן, פרט _____
האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?	☐ לא ☐ כן, פרט _____	☐ לא ☐ כן, פרט _____
האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים או כחלק מפעילות ספורט או תחביב (תעופה ספורטיבית מכל סוג, ספורט מוטורי או ימי – עם השתתפות בתחרויות, טיפוס, צלילה, אומנויות לחימה)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים	☐ לא ☐ כן, פרט _____	☐ לא ☐ כן, פרט _____
האם נדחתה או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	☐ לא ☐ כן, פרט _____	☐ לא ☐ כן, פרט _____

*קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוחי").

כלל חברה לביטוח בע"מ
ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8, תל אביב | מען למשלוח דואר ת.ד. 58250 תל-אביב מיקוד 6158102 | שירות לקוחות 5454* | www.clalbit.co.il

ספיר				
פרטי החברה	שם החברה	מספר ח.פ.	איש קשר	מספר טלפון
הכתובת				

*הוראה זו ניתנת לביטול או שינוי רק על-פי הוראה בכתב מאת "המוטב הבלתי חוזר"

ב. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח _____	**אופן התשלום** ☑ חודשי

פרטי משלם אחר - במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	תעודת זהות:	תאריך לידה:	מין: ☐ זכר ☐ נקבה
זיקה למועמד לביטוח:	אישור וחתימת בעל אמצעי התשלום X _____		

ג. כיסויים ביטוחיים

סוג הכיסוי	לגיל***	הערות	סכום ביטוח בש"ח **מועמד ראשי לביטוח**	סכום ביטוח בש"ח **מועמד שני לביטוח**
☐ **ספיר** - פרמיה משתנה מידי שנה	☐ 80	סכום ביטוח מינימלי 500,000 ש"ח*		
☐ **נכות מתאונה****	☐ 65	סכום ביטוח מקסימלי 750,000 ש"ח		
☐ **שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים.** **הרחבות:** ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצ'יזה	☐ 60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67	1. יירכש למועמד הראשי בלבד. 2. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח.		

* סכום ביטוח מקסימלי הינו 2,000,000.

** סכום הביטוח לנכות מתאונה לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".
בקרות מקרה ביטוח של נכות מתאונה המוטב יהיה המבוטח עצמו

*** קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוחי").

385 L549 הצעה לביטוח שותפים | 05/2025

ד. הצהרת המועמד על מצבו הבריאותי

פרטים כלליים

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

	האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר, הקשורים ל: במידה והתשובה חיובית, יש למלא את השאלון המתאים	**אות שאלון**	מועמד ראשי		מועמד שני	
			לא	כן	לא	כן
1	מערכת העצבים והמוח	ג				
2	נפש	ד				
3	דרכי הנשימה, ריאות	ה				
4	עור	ו				
5	לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות)	ז				
6	מערכת העיכול	ח				
7	כבד, במרה, בלבלב	י				
8	כליות בדרכי השתן וערמונית	יא				
9	מחלה מטבולית – חילוף חומרים)לרבות סכרת(ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)	יב				
10	דם, טחול, מערכת החיסון	יג				
11	מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס	יד				
12	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)	טו				
13	מערכת השלד והשרירים	טז				
14	מערכת הראיה	יז				
15	אף, אוזן, גרון	יח				
16	מערכת המין והרביה	יט				
17	מחלות ראומטיות	כ				
18	האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?					
19	האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?	א				

שאלות נוספות על כל תשובה חיובית, יש למלא גם את השאלון המתאים	אות שאלון	מועמד ראשי	מועמד שני
1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי?		☐ לא ☐ כן, פרט_____	☐ לא ☐ כן, פרט_____
٢. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?		☐ לא ☐ כן, פרט_____	☐ לא ☐ כן, פרט_____
٣. האם ב-٥ השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה?	כא	☐ לא ☐ כן, פרט_____	☐ לא ☐ כן, פרט_____
٤. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?	כג	☐ לא ☐ כן, פרט_____	☐ לא ☐ כן, פרט_____

הערה: למועמד לביטוח מעל גיל 65 נדרש לצרף להצהרת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפול מרופא מטפל

חתימת המועמדים על סעיפים הכוללים את הצהרת הבריאות:

תאריך _____ **חתימת מועמד ראשי** X_____ **חתימת מועמד שני** X_____

הצר"ב 002

385 L549 הצעה לביטוח שותפים | 05/2025

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

(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

אני הח"מ המועמד הראשי _____

מספר תעודת זהות _____

אני הח"מ המועמד השני _____

מספר תעודת זהות _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידה, 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 השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל 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.

ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ג. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ד. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

הצהרת המועמדים לביטוח

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

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

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך_____ **חתימת המועמד הראשי** X_____

תאריך_____ **חתימת המועמד השני** X_____

ו. הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי: _____, תעודת זהות _____

_____, תעודת זהות _____

אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X_____

ז. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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 עליה/ן חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסת/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו 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 פוליסת/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסת/ות 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 הצעתי 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 אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

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

ט. **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	☐	☐

י. **יש למלא בהצעה לרכישת פוליסה ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**

	מועמד ראשון	מועמד שני
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	☐	☐

יא. **יש למלא במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:**

	מועמד ראשון	מועמד שני
בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה	☐	☐

פניות שיווקיות:

אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת. אפשר להודיע לחברה בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובוואטסאפ ולא לקבל דיוור ישיר, בטלפון (תא קולי) 03-7111192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ **חתימת מועמד ראשי** X_____

תאריך _____ **חתימת מועמד שני** X_____

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

385 L549 הצעה לביטוח שותפים | 05/2025

ח. הצהרת הסוכן

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. אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את היידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
4. אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה חדשה.
5. 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.
6. 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.
7. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
8. אם רכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי – במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למועמד לביטוח 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.
9. 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.

תאריך_____ חתימת הסוכן X_____ חתימת הסוכנות X_____

ט. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.

ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו 5454 *.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.

כלל חברה לביטוח בע"מ
ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8, תל אביב | מען למשלוח דואר ת.ד. 58250 תל-אביב מיקוד 6158102 | שירות לקוחות 5454* | www.clalbit.co.il

שאלון פיננסי – מועמד ראשי

א. שאלות כלליות לכל המועמדים לביטוח

שם: _____ תעודת זהות _____ תאריך לידה: _____

עיסוק (מקצוע): _____

משכורת חודשית _____ ש"ח

מטרת הביטוח המבוקש:

☐ פרטי (הגנה למשפחה) ☐ אנשי מפתח ☐ שותפים ☐ הבטחת הלוואה

מהי תקופת הביטוח המבוקשת: _____

בעל הפוליסה: _____ המוטבים: _____

האם יש הצעות נוספות על שמך בחברתנו ו/או בחברה אחרת ☐ לא ☐ כן

אם כן פרט, מהי מטרת הביטוח, הכיסוי והסכום המבוקשים:

_____

_____

את הסעיפים הבאים יש למלא עפ"י סוג הביטוח אשר צוין מעלה

ב. ביטוח שותפים

מהו מספר השותפים: _____

האם נרכשות פוליסות עבור כל השותפים: ☐ לא ☐ כן

אם לא, נא פרוט הסיבה: _____

מהם הנכסים וההתחייבויות של השותפות:

_____

_____

מהו שווי השותפות:

_____

_____

נא לצרף ההעתק של הסכם השותפות וכן של הערכת שווי השותפות.

הצהרת רואה חשבון

הנני מאשר בזאת, כי הדו"ח השנתי _____ (שם מלא), מספר ת.ז. _____ .
(להלן- "הנישום") לשנת המס נערך בסיוענו והוגש לפקיד שומה, וכי ההכנסות הינן הכנסות הנישום הנ"ל:

☐ כעצמאי בעסק ☐ כעובד שכיר אצל המעסיק _____

תאריך _____ שם רואה חשבון _____ מספר רישיון _____ חתימה וחותמת רואה חשבון X _____

שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.

אני מצהיר/ה בזאת כי הנתונים שנמסרו על ידי הם נכונים ומלאים, וביחד עם הנתונים והמסמכים המצורפים בזאת ו/או יסופקו בהמשך לדרישתכם, יהוו את הבסיס לביטוח המבוקש.
במקרה ותשובתי אינן נכונות והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד/ת: _____

חתימה וחותמת החברה: _____

תאריך: _____

385 L549 הצעה לביטוח שותפים | 05/2025

שאלון פיננסי – מועמד משני

א. שאלות כלליות לכל המועמדים לביטוח

שם: _____ תעודת זהות _____ תאריך לידה: _____

עיסוק (מקצוע): _____

משכורת חודשית _____ ש"ח

מטרת הביטוח המבוקש:

☐ פרטי (הגנה למשפחה) ☐ אנשי מפתח ☐ שותפים ☐ הבטחת הלוואה

מהי תקופת הביטוח המבוקשת: _____

בעל הפוליסה: _____ המוטבים: _____

האם יש הצעות נוספות על שמך בחברתנו ו/או בחברה אחרת ☐ לא ☐ כן

אם כן פרט, מהי מטרת הביטוח, הכיסוי והסכום המבוקשים:

_____

_____

את הסעיפים הבאים יש למלא עפ"י סוג הביטוח אשר צוין מעלה

ב. ביטוח שותפים

מהו מספר השותפים: _____

האם נרכשות פוליסות עבור כל השותפים: ☐ לא ☐ כן

אם לא, נא פרוט הסיבה: _____

מהם הנכסים וההתחייבויות של השותפות:

_____

_____

מהו שווי השותפות:

_____

_____

נא לצרף ההעתק של הסכם השותפות וכן של הערכת שווי השותפות.

הצהרת רואה חשבון

הנני מאשר בזאת, כי הדו"ח השנתי _____ (שם מלא), מספר ת.ז. _____ .
(להלן- "הנישום") לשנת המס נערך בסיוענו והוגש לפקיד שומה, וכי ההכנסות הינן הכנסות הנישום הנ"ל:

☐ כעצמאי בעסק ☐ כעובד שכיר אצל המעסיק _____

תאריך _____ שם רואה חשבון _____ מספר רישיון _____ חתימה וחותמת רואה חשבון X _____

שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.

אני מצהיר/ה בזאת כי הנתונים שנמסרו על ידי הם נכונים ומלאים, וביחד עם הנתונים והמסמכים המצורפים בזאת ו/או יסופקו בהמשך לדרישתכם, יהוו את הבסיס לביטוח המבוקש.
במקרה ותשובתי אינן נכונות והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד/ת: _____

חתימה וחותמת החברה: _____

תאריך: _____

385 L549 הצעה לביטוח שותפים | 05/2025

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.

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

אנו הח"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

1. 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.
   מהות/סוג התשלום
2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
   א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
   ב. 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 עפ"י הוראת כל דין.
   ג. 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.
   ד. 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.
   ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
   ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
   ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
   ח. 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
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
4. 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, ווידאתי שהוא בעל חשבון הבנק המפורט לעיל והוא חתם על מסמך זה בפניי.

תאריך	שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת + חותמת סוכנות
			X

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

תאריך _____ **חתימת הלקוחות** XX

תשלום בכרטיס האשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי

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 שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X _____

385 L.549 | הצעה לביטוח שותפים | 05/2025