

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס
קוד שובר:

1. קוד הסכם/הטבה: _____

2. קוד הסכם/הטבה: _____

מקור מכירת הביטוח:
 מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____ - _____

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

חבילת "הגנה מביטחה"

הצעה לרכישת הכיסויים: מטריה לקרן פנסיה, ביטוח חיים למקרה מוות ושחרור למקרה אבדן כושר עבודה

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר נייד
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
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:

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.

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 אודותך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

האם הנך שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן _____
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 <input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** כן <input type="checkbox"/>
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?	לא <input type="checkbox"/> 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)?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים

* קביעת הגיל לצרכי הפוליסה למטע כסיו אבדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוחי").



ב. פרטי המוטבים במות המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס / קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה יורשים חוקיים חברה רשום ח"פ _____

ג. הכיסוי הביטוחי

הערות	גיל תום תקופת הביטוח	סכום הביטוח / הפיצוי בש"ח	סוג הכיסוי
<p>*הנתונים הידועים למועד ההצעה. סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על סכום השווה ל-75% מממוצע ההכנסה מעבודה של המבוטח ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח או על סכום קצבת הנכות מקרן הפנסיה אילו היה זכאי המבוטח לקבלה בהתאם להוכחה סבירה מהמבוטח, הנמוך מביניהם. סכום שחרור דמי הגמולים לא יעלה על ממוצע סכום דמי הגמולים ששולמו לקרן הפנסיה ב-12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח. ברכישת כיסוי "כלל מגן פנסיית נכות" יש למלא מסמך הנמקה למבוטח.</p> <p>**מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן. סכום הביטוח למקרה מוות בחבילה לא יפחת מ-350,000 ש"ח</p>	<p>64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/></p> <p>הערות: 1. אם לא סומנה אחת מהאפשרויות יקבע גיל תום תקופת הכיסוי כגיל 67 2. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח</p>	<p>סכום הפיצוי החודשי*: ש"ח _____</p> <p>סכום דמי הגמולים: ש"ח _____</p> <p>ש"ח _____</p>	<p><input type="checkbox"/> מטריה לקרן פנסיה "כלל מגן פנסיית נכות" בפרמיה משתנה מדי שנה, 3 חודשי המתנה. הרחבות אופציונאליות: <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז קצבת הנכות על ידי קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול תקופת אכשרה תום תקופת האכשרה בשנים 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
			<p><input type="checkbox"/> "ספיר" ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה**: ש"ח _____</p>
			<p><input type="checkbox"/> אבדן כושר עבודה "כלל מגן הכנסה" שחרור בלבד הרחבות: <input checked="" type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה</p>

עם ביטול כיסוי "כלל מגן פנסיית נכות" יתבטלו ההרחבות וכן הכיסויים הנלווים "ספיר" ו"מגן הכנסה שחרור בלבד" ככל שבעתיד ינויידו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבוטח להודיע על כך לחברה

ד. תשלום על ידי מעסיק

אנו החתומים מטה _____, מצהירים כי הפרמיות עבור המבוטח לכיסוי מטריה לקרן פנסיה "כלל מגן פנסיית נכות" ו/או לכיסוי ביטוח חיים למקרה מוות "ספיר" ו/או לכיסוי אבדן כושר עבודה "כלל מגן הכנסה שחרור בלבד" ישולמו על ידינו מעבר לשיעורי ההפקדות המירביים לחיסכון הפנסיוני בהתאם לתקנה 19 לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד - 1964 או כל תקנה שתבוא במקומה.

חתימת המעסיק X _____



ה. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

1. פרטים כלליים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
----------	---------	-----------	--	------------	-----------	-----------

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

ק	לא	אות השאלון	שאלון
			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?
		א	4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
		ב	5. האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצוע הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם את השאלון המתאים)

ק	לא	אות השאלון	שאלון
		ג	1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי
		ד	2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
		ה	3. בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
		ו	4. בעור - פסוריאזיס, פמפיוגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
		ז	5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבוזת, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)
		ח	6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה
		ט	7. בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
		י	8. כבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס)
		יא	9. בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת
		יב	10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוסט), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
		יג	11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
		יד	12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
		טו	13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני
		טז	14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
		יז	15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
		יח	16. באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
		יט	17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
		כ	18. מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטואורטרזיס), דלקת מפרקים שיגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה

4. שאלות נוספות

ק	לא	אות השאלון	שאלון
			1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה
			2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט:
		כא	3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה עם ממצאים חריגים?
		כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?

חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4)

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח X



הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי
אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. 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

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 גותני השירותים הנ"ל.

ולראיה באתי על החתום:
תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

הצהרת המשוק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____, המוכר לי אישית/ אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

הנני מצהיר כי בדקתי את נתוני המועמד לביטוח בקרן הפנסיה הידועים למועד ההצעה כלהלן:
המועמד לביטוח עמית פעיל בקרן פנסיה _____

שם המשוק הפנסיוני / _____
היועץ / הסוכן הפנסיוני _____ חתימה וחותמת המשוק X

תאריך _____ הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני X

ו. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%
תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח 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 ("המבטח") לבטח את חיי 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 פוליסת/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו 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 הצעתו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. **אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטחים בחברת ביטוח אחרת אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.**

ו. **לעמית עצמאי:** הנני מצהיר כי ההכנסה מעבודה (השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה) שאני צפוי להרוויח תעמוד על סך של _____ ₪ לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

ז. ידוע לי, כי בקורות מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החודשי להם אהיה זכאי לגובה שלא יעלה על 75% מהכנסתי מעבודה בפועל* (ולא מהכנסה צפויה מעבודה) - ב- 12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או בתקופה ממועד תחילת הביטוח ועד מועד קרות מקרה הביטוח, אם חלפו פחות מ- 12 חודשים).

ח. *הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים (1) 1 - ו (2) 2 לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס.

ט. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שסיפק לה מפרעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

י. ידוע לי שההודעות על תביעות צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

יא. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, הפרמיה ותקופת הביטוח. כמו כן, במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

יב. **במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):**
 נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

יג. **במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:**
 אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות כלל ביטוח**
- יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח

יד. **במקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**
 כוונתי 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.

פניות שיוקיות:
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 לכתב הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

ולראיה באתי על החתום:
תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X ולבעלות על הפוליסה

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



ח. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

הפנסיונים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

ט. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

3.2 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.

3.3 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.

3.4 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.

3.5 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, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, 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. **ביטוח שנערך שלא אגב חסכון פנסיוני ו/או ביטוח מחלות קשות**
 3.1 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 אותן מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ/הסוכן הפנסיוני X חתימת הסוכנת X

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרכז 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 במרכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.



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 הח"מ (בעלי החשבון) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

מספר זהות/ח.פ.	שם בעלי חשבון הבנק	פוליסה לעדכון
		<input type="checkbox"/> כל הפוליסות <input type="checkbox"/> 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. מהות/סוג התשלום
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק **ולכל חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"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, ווידאתי שהוא בעל חשבון הבנק המפורט לעיל והוא חתם על מסמך זה בפניי.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' הסוכן _____ חתימת + חותמת סוכנות _____
 * ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח
 תאריך _____ חתימת הלקוחות _____

תשלום בכרטיס אשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס האשראי	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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

