



מספר טופס 34

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il)

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	□ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □
קוד הסכם/הטבה	□ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □

## הצעה לביטוח חיים למקרה מוות - הכנסה למשפחה (ברקת)

א. פרטי בעל הפוליסה			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר נייד	מיקוד
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"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b>	<input type="checkbox"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b>	<input type="checkbox"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b>	<input type="checkbox"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b>
<b>לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.</b>			
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 אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il) (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

**ב. פרטי המועמד/ים לביטוח****המועמד הראשי לביטוח**

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 טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
כתובת דואר אלקטרוני	מקצוע/עיסוק	קופת חולים	מיקוד

**המועמד השני לביטוח**

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 טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
כתובת דואר אלקטרוני	מקצוע/עיסוק	קופת חולים	מיקוד

נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מועמד ראשי	מועמד שני
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)***	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> 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)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____

\* קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוח").  
\*\* 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  
\*\*\* ככל ולא תענה לשאלה זו, תקבע ברירת מחדל כ"מעשן".



### ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

אופן הגבייה	אופן התשלום	תאריך התחלת הביטוח
<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	_____

### ד. פרטי הכיסוי הביטוחי – הכנסה למשפחה (ברקת) ופרטי המוטבים

יש למלא בכל שורה את פרטי המוטב אליו מתייחס סכום הביטוח והתקופה בשנים:

#### עבור המועמד הראשי לביטוח:

פרטי המוטבים במות המועמד הראשי				סוג הכיסוי – הכנסה למשפחה (ברקת) בפרמיה משתנה		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי	סוג הכיסוי*
						1. יסודי
						2. ביטוח נוסף
						3. ביטוח נוסף
						4. ביטוח נוסף

#### עבור המועמד השני לביטוח:

פרטי המוטבים במות המועמד השני				סוג הכיסוי – הכנסה למשפחה (ברקת) בפרמיה משתנה		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי	סוג הכיסוי*
						1. יסודי
						2. ביטוח נוסף
						3. ביטוח נוסף
						4. ביטוח נוסף

\* הכנסה למשפחה (ברקת) – ביטוח חיים לתשלום חודשי במקרה מוות בפרמיה משתנה. תום תקופת הביטוח יהיה עד 52 שנים ממועד ההצטרפות לכיסוי או עד גיל 80 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

### ה. חבילת כלל מגן למשפחה פלוס – תופק בפוליסה נפרדת

פרטי המוטבים במות המועמד הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
				X		ביטוח יסודי (ספיר)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)

פרטי המוטבים במות המועמד השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
				X		ביטוח יסודי (ספיר)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף – הכנסה למשפחה (ברקת)

\* ספיר – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה, הכנסה למשפחה (ברקת) – ביטוח חיים לתשלום חודשי במקרה מוות בפרמיה משתנה. תום תקופת הביטוח בביטוח נוסף הכנסה למשפחה (ברקת) יהיה עד 52 שנים ממועד ההצטרפות לכיסוי או עד גיל 80 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

הערות	מועמד שני	מועמד ראשי	לגיל	סוג הכיסוי
1. ניתן לרכוש כיסוי שחרור למועמד אחד בלבד. 2. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. <b>הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

### כלל חברה לביטוח בע"מ



## 1. הצהרת המועמדים 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

### פניות שיווקיות:

אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות ישלחו 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) 03-711192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

### ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד 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 וכנתני 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 פוליסות/ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותיי 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 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 צרכי 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.

## בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי שאיננה אגב מכירה פנסיונית ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה") ו/או ביטוח חיים סיכון בלבד, לפי העניין:

במידה והגן מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:		
מועמד ראשון	מועמד שני	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח ** - יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח <input type="checkbox"/>
<b>אישור לרכישת הכסוי המוצע בנוסף למוצר הקיים</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>

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

## 2. הצהרת הסוכן

- 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.
- 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.
- אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את הידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
- 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 להצהרות מעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן  חתימת הסוכנות



## ח. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

### 1. פרטים כלליים

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

### 2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

שאלון	מועמד ראשי		מועמד שני		אות השאלון	שאלון
	כן	לא	כן	לא		
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.					א	האם צורך / צרכת סמים קעת או בעבר?
5.					ב	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

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





# 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.**

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

1. מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב בחשבונו, 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).  
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה 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 \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת + חותמת סוכנות \_\_\_\_\_  
 \* 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

מספר כרטיס אשראי	תוקף

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 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  ליברה  שלמה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG  שירביט

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 \_\_\_\_\_.



חתימת המבוטח

תאריך \_\_\_\_\_