



טופס בקשה להמשכיות כיסויים ביטוחיים הכלולים בפוליסה ("פוליסה המקורית") במסגרת פוליסה חלופית ("פוליסה החלופית")

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	דוא"ל		

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 שמסרת/י 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 ימסר 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).

אבקש להמשיך את הכיסויים הביטוחיים שקיימים על שמי בפוליסה המקורית מספר _____ במסגרת פוליסה חלופית המשווקת במועד בקשתי זו, וזאת ללא צורך בהליך חיתום רפואי: [אנא סמן/י בחירתך]

- להמשיך את ביטוח החיים למקרה מוות (ספיר/שוהם) בסכום הביטוח כפי שהיה בפוליסה לפני ביטולה.
- להמשיך את ביטוח החיים למקרה מוות (ספיר/שוהם), תוך הקטנת סכום הביטוח לסך של _____
- להמשיך בנוסף את הכיסויים הביטוחיים הנוספים הבאים, שהיו כלולים בפוליסה המקורית (נא פרט): _____

ידוע לי כי:

- הפוליסה המקורית בטלה ומבוטלת לכל דבר ועניין. על אף האמור, כל הצהרות המבוטח, לרבות הצהרת הבריאות שמילא המבוטח במסגרת הפוליסה המקורית, תהיינה תקפות גם לצורך הפוליסה החלופית.
- ההנחות וההטבות ככל שהיו בפוליסה המקורית מתבטלות ולא תהיינה תקפות בפוליסה החלופית.
- תאריכי תחילת הביטוח ותום תקופת הביטוח, תאריכי השתנות הפרמיה, הפרמיות, סכום הביטוח, הגיל הביטוחי ויתר הפרטים המוסכמים יהיו כמפורט בדף פרטי הביטוח החדש שיונפק במסגרת הפוליסה החלופית.
- אין ולא תהיינה לי ו/או לכל הבאים במקומי ו/או בנעלי כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי כלל חברה לביטוח בע"מ מכח הפוליסה המקורית.

יש לצרף לטופס אמצעי תשלום

פרטי המוטבים במות המבוטח המוטבים לביטוח

לסכומי הביטוח שלא נקבע בגינם מוטב בלתי חוזר. אם נקבע מוטב בלתי חוזר, ליתרת סכומי הביטוח, לאחר התשלום למוטב הבלתי חוזר:

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

לפי צוואה יורשים חוקיים ללא שינוי

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) 03-711192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____