



מספר טופס 96

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

שם הסוכן		מספרו	
שם מנהל פיתוח עסקי		מספרו	
לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clalbit.co.il			
מספר ההצעה		מספרו	
מספרו		מספרו	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הצעה לביטוח "פרופיל דינמי הדור החדש" – מנהלים ועובדים שכירים

א. פרטי המעסיק

שם	מספר חברה (ח.פ.) / עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק בכלל
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
שם איש קשר	מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני
אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)	<input type="checkbox"/> הודעת תשלום	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי

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	קופת חולים
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד	מקצוע/עיסוק

המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	קופת חולים
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד	מקצוע/עיסוק

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

אני מוסר לכלל חברת הביטוח 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 שגיע 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).



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
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל	<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> 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.

נא לענות כן או לא לכל מבטח	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 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 _____

* ככל ולא תענה לשאלה זו, תקבע ברירת מחדל כ"מעשן".

המוטבים

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

מועמד ראשי				
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה <input type="checkbox"/> רשום ח"פ _____				

מועמד שני				
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה <input type="checkbox"/> רשום ח"פ _____				



ג. פרטי הביטוח בפרופיל דינמי הדור החדש

תאריך התחלת הביטוח _____	תאריך התחלת עבודה אצל מעסיק* _____	משכורת חודשית של המבוטח ש"ח _____	המשכורת מתעדכנת על פי: <input type="checkbox"/> תקבול <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה
מועד תשלום הפקדה חודשית ראשונה _____ בגין משכורת _____		מבוסס על משכורות בשנה אחת _____	

ד. שיעורי ההפקדות השוטפות מהמשכורת

על חשבון המעסיק	על חשבון העובד לתגמולים	פרמיה לפי סעיף 47 ב(2) * - מוכר כקופת גמל
ההוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה היא עד 7.5% לפיצויים _____% לתגמולים _____%	_____% (על פי סעיף 45)	פוליסה נפרדת מפוליסת פרופיל דינמי הדור החדש מנהלים ועובדים שכירים. 100% מההפקדה השוטפת בתכנית לקצבה. גובה המשכורת ש"ח _____
לאובדן כושר עבודה (כ- % מהשכר לפוליסה בלבד) בנוסף לתגמולים 75% פיצוי חודשי או עד _____% (לא פחות מ- 2.50%), לפי הנמוך מביניהם, במידה ועלות הכיסוי הביטוחי תעלה על תקציב זה יוקטן הפיצוי החודשי.	_____% לסעיף 47 ב(2) על-פי סוג הפוליסה שנבחר לביטוח מנהלים	_____%
שיעורי ההפקדות לפי צו הרחבה לפנסית חובה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

* בהתאם לצו איסור הלבנת הון, עבור פוליסה לביטוח לפי סעיף 47 ב(2), יש למלא הצהרת בעל פוליסה לעניין הלבנת הון ושאלון הכר את הלקוח.

ה. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית ותכנית הביטוח

פוליסה מסוג "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים" גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח* (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 68)
 60 62 64 65 68

דמי ניהול			אחוז רכיבי ההפקדות לתוכנית הביטוח				סוג התכנית
דמי ניהול לפי סעיף 47 ב(2)	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	לתגמולי עובד	לתגמולי מעסיק	לפיצויים	משכורת לתוכנית הביטוח	
_____	1.05%	4%	_____%	_____%	_____%	ש"ח _____	תכנית לקצבה
						חודש _____ / _____	

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל)

- תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים
 תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים

* גיל תום תקופת הביטוח בפרופיל לא יפחת מגיל תום תקופת הביטוח בכיסוי אובדן כושר עבודה (ככל שנרכש).

שים לב! נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. פירוט מגבלת עמלת ניהול חיצוני לשנה זו וכן שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת <https://www.clalbit.co.il/aboutclalinsurance/generalreports/>. כמו כן באפשרותך לחשב את העלות השנתית הצפויה לשנה זו ביחס למסלולי ההשקעה השונים בקישור הבא: <https://www.clalbit.co.il/annualcostsimulator/>. העלות השנתית של ההוצאות הישירות בפועל יכולה להיות שונה מהעלות השנתית הצפויה, ותנבע, בין היתר, לפעולות השקעה שיבוצעו ולשינויים בהיקף הנכסים המנוהלים במסגרת המסלול הרלבנטי במהלך השנה. יודגש כי כלל ביטוח אינה נדרשת לעדכן בדבר שינוי בעלות השנתית הצפויה במהלך השנה.



1. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"*

למבוטח הבוחר במסלול השקעה כספי (שקליו): סמן את בחירתך: (חובה) תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 ■ 12 ■ 6 ■ מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:			מסלולי השקעה	אחוז לפיצויים	אחוז לתגמולים	סעיף (2) ב 47
<input type="checkbox"/>	מודל השקעות תלוי גיל ¹					
<input type="checkbox"/>	מסלול לבני 50 ומטה ²	9659				
<input type="checkbox"/>	מסלול לבני 50 עד 60 ²	9660				
<input type="checkbox"/>	מסלול לבני 60 ומעלה ²	9661				
<input type="checkbox"/>	אשראי ואג"ח	4				
<input type="checkbox"/>	הלכה	205				
<input type="checkbox"/>	מניות ³	9				
<input type="checkbox"/>	עוקב מדד S&P 500 ³	13346				
<input type="checkbox"/>	עוקב מדדים - גמיש	14247				
<input type="checkbox"/>	עוקב מדדי מניות ³	14796				
<input type="checkbox"/>	משולב סחיר	14246				
<input type="checkbox"/>	אג"ח סחיר	15442				
<input type="checkbox"/>	מניות סחיר ³	15443				
			100%	100%	100%	סה"כ

במידה ולא נבחר מסלול השקעה, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל. במידה ונבחר מסלול שונה ממסלול תלוי גיל עבור רכיב הפיצויים, יש להחתים את המעסיק בתחתי סעיף ח'.
 שים לב, כי תקופת הבחירה ומסלול היעד בסיום התקופה יחולו על כל רכיבי ההפרשה בפוליסה. במידה ולא יבחרו שדות אלו תיקבע תקופה של 24 חודשים כברירת מחדל וכן יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת מחדל.

¹ מסלול ההשקעה תלוי גיל הינו מסלול בו רמת הסיכון של ההשקעה משתנה אוטומטית בהתאם לגילו של החוסך ללא צורך בהעברת בקשה.
² מסלול ההשקעה אינו משתנה אוטומטית בהתאם לגילך. שינוי במסלול ההשקעה יבוצע רק לאחר בקשה בכתב שתועבר למשרדי החברה.
³ מבוטח הבוחר במסלול השקעה מניות ו/או עוקב מדד S&P500 ו/או עוקב מדדי מניות ו/או מניות סחיר זכאי להלוואה מקסימלית בפוליסה בשיעור שלא יעלה על 60% מרכיב התגמולים בפוליסה.

2. הצהרות המעסיק

זכאות בלא תנאי/סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין

<p>1. זכאות בלא תנאי</p> <p><input type="checkbox"/> מיידית</p> <p><input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים</p> <p>ידוע לי כי משמעות סעיף זה היא מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הכספים יועברו אוטומטית לידי המבוטח, כאשר תסתיים עבודתו אצלי מכל סיבה שהיא ולא אוכל לקבל החזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח.</p>	<p>2. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין (גא סמן במקום המתאים)</p> <p><input type="checkbox"/> על מלוא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור ההפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.</p> <p>לתשומת ליבך, משמעות סימון סעיף 14 ללא חתימת מעסיק היא שפיצויים המופקדים בפוליסה אינם שייכים אוטומטית למבוטח.</p>
--	---

אישור המעסיק לעובד לקבוע בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14.

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת המעסיק _____



ח. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי הדור החדש

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה** "מגן הכנסה"**** פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.		
האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____			

נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי

ככל שההסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי כולל שחרור הפקדות שוטפות במוצר פנסינוני אחר נא סמן ומלא שיעור ההפקדות השוטפות לשחרור מהשכר המבוטח:

מוצר פנסינוני אחר בגוף מוסדי שאינו המבטח ושאינו קרן פנסיה: _____% מהשכר המבוטח

פוליסה נפרדת ב"כלל ביטוח": _____% מהשכר המבוטח

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - 47 (ב2)"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה** "מגן הכנסה"**** פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.		
האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____			

* סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי לאבדן כושר עבודה כפוף:

א. למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה וככל שנרכש כיסוי אבדן כושר עבודה, בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" ובכפוף להסדר התחיקתי.

ב. לשיעור הפקדת המעסיק לאבדן כושר עבודה כאשר נרכש בנוסף להפקדות לתגמולים

** בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח

*** סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון שישולם למבוטח בקרות מקרה הביטוח לא יעלה על 75% מממוצע השכר המבוטח, ב-12 החודשים או ב-3 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

ככל שישתנה מעמד המבוטח משכיר לעצמאי, סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

**** לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

***** ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאבדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם



ט. הפקדות חד-פעמיות - ניוד

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל
 חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"

הפקדה חד-פעמית שאינה במסגרת העברה בין קופות גמל	לתשומת לבך: 1. בהעברת כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים). 2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה. 3. יש להחתיים את המבוטח על הבקשה להעברת כספים (נספח א') לאחר אישור ההצעה ותנאי החיתום		מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה
	מטרת ההפקדה	סוג התכנית המבוקשת	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	סוג הקופה המעבירה
תגמולים	פיצויים	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית לקצבה	כספים הוניים	
סכום ההפקדה בש"ח			כספים קצבתיים	

י. קצבה מיידית

מעוניין לבצע הפקדה/ות ו/או ניוד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הניוד, לפי המאוחר.
הערות:
 1. לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים.
 2. לצורך קבלת הקצבה יש למלא ולהגיש לחברה טופס "בקשה לקבלת מידע על אפשרויות קצבה" או טופס "בקשה למימוש זכויות בקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים", לפי העניין.

יא. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת

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

יב. כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת

- הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר (מסוג ספיר בפרמיה משתנה).
- תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום מטה, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי.
- ההצעה למועמד הראשי והמועמד השני, מהוות הצעות נפרדות ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המבוטח הראשי או השני, אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המבוטח השני או הראשי בהתאמה.

סוג הכיסוי	לגיל (מועמד ראשי)	מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח**	לגיל (מועמד שני)	מועמד שני סכום ביטוח בש"ח**
ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי) משתנה מידי שנה	80	ש"ח _____	80	ש"ח _____
כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"*** עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה	אם לא סומנה אחת מן הביטוח ירכש לגיל 67	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	אם לא סומנה אחת מן הביטוח ירכש לגיל 67	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

** סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע הכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

*** בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח.

**** לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.



יג. 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. הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש



ד. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

י. במעמד עצמאי - ידוע לי, כי בקרות מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החודשי להם אהיה זכאי/ת 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).

ביטוח חיים ואובדן כושר עבודה שנערך שלא אגב חיכון פנסיוני
 יא. 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.

יב. **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) 03-7111192.
 כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

ולראיה באתי על החתום:

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

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

א. אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות, נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו 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 ו/או תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. 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 מסגרת פוליסות/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 פוליסות/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעות במסגרת פוליסות/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/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. ידוע לי/נו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

ו. אני/ו מצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% כל מהכנסותי/נו מעבודה.

ז. כל הפרטים שמסרנו לחברה ו/או נמסרו 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.

ח. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

ט. במעמד עצמאי - הנני מצהיר כי ההכנסה מעבודה (השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה) שאני צפוי/ה להרוויח תעמוד על סך של _____ ש"ח לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

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

טו. הצהרת המועמד לביטוח בדבר הגבלת הפקדה והעברת כספים

אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה שהסכומים שיופקדו ו/או יועברו לפוליסה החדשה הינם מעל התקרה המותרת: עבור שכיר הסכומים שיופקדו/יועברו הינם על חלק השכר העולה על פעמיים השכר הממוצע במשק מוכפל ב-20.5%. עבור עצמאי הסכומים שיופקדו/יועברו הינם בתנאי שבאותה שנת מס ביצעתי הפקדות לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח בסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית כפול 12

חתימת המועמד הראשי לביטוח תאריך _____



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 ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

מועמד שני	מועמד ראשון	במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
<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

אישור לרכישת כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, בנוסף לביטוח חיים סיכון בלבד:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או מוות מתאונה
--------------------------	--------------------------	--

אישור לרכישת הכסוי המוצע בנוסף למוצר הקיים

<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 ו/או ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים
--------------------------	--------------------------	--

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

ז. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שסמרתני לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח X

יח. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

יט. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

- 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.
- 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 היידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
- אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוסס בקרן פנסיה חדשה.
- אני מצהיר/ה שערכתי את כל הבדיקות הנדרשות לבחינת הפקדה\ העברת כספים לפוליסה החדשה, ויידעתי את המועמד לביטוח כי הסכומים שיועברו ו/או שיופקדו בפוליסה החדשה הינם בגין חלק
- השכר העולה על פעמיים השכר הממוצע במשק מוכפל ב-20.5%, ולעצמאי מעבר לסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית כפול 12 שהופקד באותה שנת מס לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח, והכל בהתאם ובכפוף להסדר התחיקתי.

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

כ. 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.



כא. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם 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			

שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון		אות השאלון		מועמד ראשי	מועמד שני
		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.	האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?			א	
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?			ב	

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	כן	לא
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.			ג	
2.	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.			ד	
3.	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.			ה	
4.	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.			ו	
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, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.			ז	
6.	במערכת העיכול - לרבות חזרזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.			ח	
7.	בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.			ט	
8.	בכבד, במרה, בלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבב - פנקריאטיטיס.			י	
9.	בכליות בדרכי השתן, ערמונית - 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.			יא	
10.	מחלה מטבולית, הרמונולית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.			יב	
11.	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.			יג	
12.	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.			יד	
13.	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.			טו	
14.	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופוזיס/אוסטאופניה, פרטס.			טז	
15.	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.			יז	
16.	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.			יח	
17.	במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיקי, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.			יט	
18.	מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.			כ	

הצהרה לביטוח פרטני דינמי הדור החדש מנהלים ועובדים 494 L096 | 07/2025



שאלות נוספות		אות השאלון		מועמד ראשי		מועמד שני	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא
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:							
3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?		כא					
4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?		כג					

חתימות המועמד/ים על הצהרת הבריאות	
תאריך	שם המועמד הראשי
_____	_____ חתימת המועמד הראשי לביטוח X
תאריך	שם המועמד השני
_____	_____ חתימת המועמד השני לביטוח X

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית	
<p>(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 _____</p> <p>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 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>ולראיה באתי על החתום: תאריך _____ חתימת המועמד הראשי X תאריך _____ חתימת המועמד השני X</p>

הצהרת הסוכן	
בחתימתי זו אני מאשר כי: _____, ת.ז. _____	_____
אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.	_____
תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X	_____



הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו (צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו:	דוא"ל	
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)		

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בן, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* אם מועבר מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
* בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* **אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים) שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של יפוי הכוח שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים עד ליום _____

ולראיה באתי על החתום

חתימת הלקוח _____ תאריך החתימה _____

שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך חתימה _____

- 1 "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.
- 2 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.
- 3 "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.
- 4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- 5 "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

שם הבנק		מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף
מספר חשבון		קוד מוסד	שם המוסד (המוטב)	
מספר חשבון		628	כלל חברה לביטוח בע"מ	
<p><input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:</p> <p><input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב _____ ₪ <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____</p> <p>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p> <p>אנו הח"מ (בעלי החשבון) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):</p>				
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
<p>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.</p> <p>2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.</p> <p>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.</p> <p>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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p>				
<p>פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ</p> <p>אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן</p> <p>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.</p> <p>_____ תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת + חותמת סוכנות X</p> <p>* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח</p> <p>_____ תאריך _____ חתימת הלקוחות XX</p>				

תשלום בכרטיס אשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס אשראי	תעודת זהות
כתובת מגורים - רחוב		מספר	יישוב
		מספר	מיקוד
<p>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.</p> <p>_____ תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X</p>			