



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

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____

טופס מספר 43

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס
קוד שובר:

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

חבילת "שוהם" / "שוהם מקיף"

הצעה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא וכיסוי שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה

א. פרטי המועמדים 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	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
				מקצוע/עיסוק

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחה 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.

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	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
				מקצוע/עיסוק

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

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).

נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מועמד ראשי	מועמד שני
האם הנך שוהם 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 _____

ב. פרטי המוטבים במות המבוטח

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

ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח _____	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי
--------------------------	---

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר*

שוהם				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת				
ספיר				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת				

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

ה. פרטי הביטוח לכיסוי ההלוואות של המועמדים לביטוח

"שוהם" – סכומי הביטוח לכיסוי ההלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר)

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
מספר ההלוואה (מומלץ)				
סכום הביטוח בש"ח				
תקופת הביטוח (בשנים) לא יותר מגיל 85				
סוג ההלוואה	ריבית קבוע _____ % ריבית משתנה _____ %			

"ספיר" – סכומי הביטוח קבועים לכיסוי ההלוואות/בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
ספיר בפרמיה משתנה מדי שנה סכום הביטוח בש"ח				
מספר ההלוואה (מומלץ)				
גיל	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>			

הצהרות מבוטח לגבי הריבית הסופית של ההלוואה

- ידוע לי כי במקרה של הלוואה בשיעור ריבית משתנה או הלוואה בריבית פריים, תקבע הריבית הסופית בפוליסה על פי ריבית בשיעור שנתי קבוע השווה לריבית ההלוואה (בריבית פריים = ריבית פריים הידועה במועד ההצעה +/- מרווח הריבית שקבע המלווה) בתוספת של 2.5% לשנה לשיעור ריבית זה.
- ידוע לי כי קביעת סכום הביטוח, הפרמיה והשתנות, בכל שנת ביטוח היא על פי: גיל המבוטח, מגדר, סטטוס עישון, תקופת ההלוואה והריבית הסופית בפוליסה.
- ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי ההלוואות בפוליסה הן על פי השתנות הקרן וריבית בתשלומים שנתיים (שנת ביטוח) שווים וצמודים (לוח שפיצר).
- ידוע לי, כי יכול שיווצר פער בין סכום הביטוח לבין יתרת ההלוואה המשכנתא אצל המוסד הפיננסי המלווה וכי באפשרותי להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח באמצעות פניה חתומה בכתב על ידי המבוטח ועל ידי המוסד הפיננסי המלווה לחברת הביטוח לצורך הקטנת הסכום המבוטח.
- סכום הביטוח יתעדכן מדי שנה בהתאם לטבלת השתנות סכומי הביטוח המוצגת בפוליסה. במקרה שסכום הביטוח, בקרות מקרה הביטוח, יעלה על יתרת ההלוואה, יהיו המוטבים זכאים ליתרת סכום הביטוח, לאחר תשלום למוטב בלתי חוזר.

חתימת המועמדים לביטוח על תנאי ההלוואה:

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי X חתימת המועמד השני X





1. כיסויים ביטוחיים - "שוהם מקיף"

מבטח	סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה	הערות
מבטח ראשי	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	1. שחרור תשלום הפרמיה לכיסוי שוהם במקרה של נכות הגורמת לאבדן מוחלט או חלקי של כושר העבודה. 2. גיל הצטרפות מקסימלי לכיסוי - גיל ביטוחי 60 3. קבלה לכיסוי כפופה להליך חיתום
מבטח שני	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	4. אם המועמד/ים לביטוח מעוניין/נים להצטרף לכיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה" נדרש לסמן בתיבה הרלוונטית. ככל שלא יסומן עבור המועמדים לביטוח או מי מהם בתיבה לעיל תופק בהתאמה פוליסת ביטוח אגב משכנתא (שוהם) בלבד ללא כיסוי שחרור כאמור.

*בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח

מועמדים לביטוח שבמועד ההצעה גילם הביטוחי עולה על 60 ו/או שתקבע עבורם תוספת רפואית בשיעור כלשהו ו/או שתקבע עבורם תוספת מקצועית בשיעור העולה על 50% ו/או שסכום הביטוח המבוקש עבורם פחות מ-600,000 ש"ח לא יהיו זכאים להטבה ולא יוכלו להצטרף לכיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה" ותופק עבורם פוליסת ביטוח אגב משכנתא (שוהם) בלבד ללא כיסוי שחרור כאמור.

2. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

מועמד ראשי						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד שני						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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					
מועמד ראשי	מועמד שני	אות שאלון			
כן	לא	כן	לא	כן	לא
		ג	1 מערכת העצבים והמוח		
		ד	2 נפש		
		ה	3 דרכי הנשימה, ריאות		
		ו	4 עור		
		ז	5 לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות)		
		ח	6 מערכת העיכול		
		י	7 כבד, במרה, בלבלב		
		יא	8 כליות בדרכי השתן וערמונית		
		יב	9 מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)		
		יג	10 דם, טחול, מערכת החיסון		
		יד	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס		
		טו	12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)		
		טז	13 מערכת השלד והשרירים		
		יז	14 מערכת הראיה		
		יח	15 אף, אוזן, גרון		
		יט	16 מערכת המין והרבייה		
		כ	17 מחלות ראוטיות		
			18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?		
			19 האם הנך צורך/צרכת סמים קעת או בעבר?		

שאלות נוספות על כל תשובה חיובית, יש למלא גם את השאלון המתאים					
מועמד ראשי	מועמד שני	אות שאלון			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי?		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	כא	3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה?		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?		

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

חתימת המועמדים על סעיפים הכוללים את הצהרת הבריאות:

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי X _____ חתימת מועמד שני X

ח. הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

- 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 _____
 תאריך _____ חתימת המועמד השני _____

(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 מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידי, 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.

ט. הצהרת הסוכן/נציג המכירות

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____, אשר זוהה/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני. _____, ת.ז. _____, שם הסוכן/נציג המכירות. חתימת וחותמת הסוכן/נציג המכירות _____



1. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

ט. 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.

י. במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

יא. במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד שני	מועמד ראשון	
<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 המבטח

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

מועמד שני	מועמד ראשון	
<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

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

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 מסגרת פוליסות/ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו 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 פוליסות/ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי 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 החתום מטה, (למעט מבטח קיים בפוליסה קולקטיבית לכיסוי הלוואת משכנתא אצל המבטח וערך עסקת מחזור משכנתא, אצל מלווה שונה מהמלווה בפוליסה הקולקטיבית) המועמד לבעלות על הפוליסה ולביטוח מצהיר כי הובא לידיעתי כי פוליסה זו היא פוליסת ביטוח למשכנתא בתנאים ובתעריפים חדשים בכפוף לעריכת הליך חיתום וכי בעת מחזור משכנתא (ככל שקיימת פוליסה לביטוח חיים למקרה מוות אצל המבטח) ובתנאי ערב חל שינוי בסכום הביטוח ו/או הארכת תקופת הביטוח כפי שקיימת ערב מילוי ההצעה (לעיל ולהלן: "עסקת מחזור משכנתא"), באפשרותי לבקש מהמבטח המשך של הפוליסה הקיימת באותם התנאים ללא צורך בעריכת הליך חיתום.

ה. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתך זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ו. ידוע לי שההודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

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

ח. אני מאשרת כי ידוע לי שהזכאות להטבת כיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה" במסגרת החבילה בהנחה בשיעור של 100% עד תום תקופת הביטוח בפוליסה או עד הגיע המועמד לביטוח לגיל 67, המוקדם מביניהם, מותנית בגין כל אחד מהמועמדים לביטוח בעמידה בתנאים המצטברים הבאים:

1. לא נקבעו למועמד לביטוח תוספות רפואיות בשיעור כלשהו;
2. לא נקבעו למועמד לביטוח תוספות מקצועיות או נקבעה תוספת מקצועית בשיעור של עד 50%
3. סכום ביטוח מינימלי למקרה מוות אגב משכנתא בפוליסה הינו בסך של 600,000 ש"ח.

במקרה שאינו עומד באחד או יותר מהתנאים המצטברים כמפורט לעיל, אני מאשר להפיק לי פוליסת ביטוח אגב משכנתא (שוהם) בלבד ללא כיסוי ביטוחי.

שחרור בלבד "מגן הכנסה"

במקרה שהמועמדים לביטוח או מי מהם ביקש להצטרף לכיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה" והמועמדים לביטוח או מי מהם אינו עומד באחד או יותר מהתנאים המצטברים כמפורט לעיל, הם/המועמד הרלוונטי מאשרים/הפיק לו/להם פוליסת ביטוח אגב משכנתא (שוהם) בלבד ללא כיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה"

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

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____

תאריך _____ חתימת המועמד השני _____



יא. הצהרת הסוכן/נציג המכירות

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. 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.
5. 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.
6. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
7. 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.
8. 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/נציג המכירות X _____ חתימת הסוכנות X

יב. 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.



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 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).
 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 _____ 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 וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס אשראי X

