

כלל חברה לביטוח בע"מ

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



הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הצעה לרכישת הרחבה לפרק כיסוי ביטוחי אבדן כושר עבודה "כלל מגן ברות ביטוח"

למבוטח המצוי במצב של העדר תעסוקה מעל 12 חודשים ואינו נמצא בהסדר ריסק זמני בפוליסה

א. פרטי המועמד לביטוח - לפי הרשום בתעודת זהות*			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	מס' נייד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	_____	_____
רחוב	מס' או ת.ד.	ישוב	מיקוד
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 או מסרון לטלפון נייד) דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים ביד היקבוצה.

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

*גם תשומת לבך, כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי יעודכנו הפרטים הבאים: שם, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה ומין על פי הרשום במרשם האוכלוסין במשרד הפנים. האמור יחול גם לגבי פוליסות ביטוח חיים אחרות, ככל שקיימות בבעלותך. ** קביעת הגיל לצורכי הרחבה היא לפי גיל ביטוחי.

ב. הכיסוי הביטוחי	
סוג הכיסוי: כלל מגן ברות ביטוח	הערות:
תחילת ביטוח (תחילת הרחבה)	1. ההרחבה תסתיים בתום ששה חודשים מהמועד בו הסתיים מצב העדר התעסוקה של המבוטח והמבוטח החל לעסוק בעסק, משלח יד או עבודה כלשהיא בין כשכיר ובין כעצמאי או בתום חמש שנים מתאריך תחילת ההרחבה, המוקדם מביניהם.
סכום ביטוח	2. סכום הביטוח לברות ביטוח מאפשר למבוטח להגדיל את השכר המבוטח ללא חיתום, במועד חזרתו לעבודה. מובהר, כי הפיצוי החודשי לפי הרחבה זו לא יחול על מקרה ביטוח שארע בטרם נמסרה לחברה בקשת המבוטח למימוש ברות הביטוח, והמבוטח לא יהיה זכאי לכל תשלום מהחברה לפי הרחבה זו בגין אירוע כאמור.
ש"ח	3. סכום הביטוח להרחבה זו לא יעלה על הפרש בין סכום הפיצוי החודשי שרכש המבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי לאבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" לבין שכר מינימום במועד רכישת הרחבה זו.

ג. הצהרת המועמד לביטוח	
א. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שסיפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.	ה. 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 03-7111192 (תא קולי). כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.
ב. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח במסגרת הרחבה זו, לרבות תיאור עיקרי ההרחבה, סכום הביטוח, הפרמיה ותקופת הביטוח. כמו כן, במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכיי.	
ג. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ	
ד. 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 שביגיע 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	

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

מספר כרטיס אשראי	בתוקף עד
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
כתובת: רחוב	מספר
	ישוב
	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 וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X

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.