



ד. כיסויים ביטוחיים

סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה*	סכום ביטוח בש"ח	הערות
כיסוי ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה**			
<input type="checkbox"/> ספיר	80	ש"ח _____	
<input type="checkbox"/> ספיר - ריסק 10 - פרמיה מתקבעת באמצעות שיעור הנחה עולה ב-10 שנים הראשונות ממועד תחילת הביטוח***	80	ש"ח _____	1. סכום ביטוח מינימלי 1,000,000 ₪ 2. גיל כניסה מקסימלי - 60
<input type="checkbox"/> ספיר - ריסק 15 - פרמיה מתקבעת באמצעות שיעור הנחה עולה ב-15 השנים הראשונות ממועד תחילת הביטוח***	80	ש"ח _____	1. סכום ביטוח מינימלי 1,000,000 ₪ 2. גיל כניסה מקסימלי - 55
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	75	ש"ח _____	1. סכום ביטוח מקסימלי 1,500,000 ש"ח 2. סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר"
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	65	ש"ח _____	1. סכום ביטוח מקסימלי 1,500,000 ש"ח 2. סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר"
<input type="checkbox"/> כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונת עבודה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	1. אם לא נבחר גיל תום תקופת הביטוח, יירכש לגיל 67. 2. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 3. 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 תשלומו, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה. 4. בעת רכישת כיסוי אובדן כושר עבודה יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה ומסמך הנמקה חתומים על ידי המבוטח. 5. לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.

* קביעת הגיל לצורכי הפוליסה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוח").

** מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן.

*** מובהר, שההנחות בפרמיה חלות על תוספות מקצועיות ו/או רפואיות, למעט הנחות ככל שנקבעו בפרומילים.

בתום 10 או 15 שנים, לפי העניין, הפרמיות תהיינה בהתאם למפורט בטבלת "כיסויים ביטוחיים" בדף פרטי הביטוח ועליהן תתווסף תוספת מקצועית ו/או רפואית, כפי שנקבעה במועד תחילת הביטוח.

הפרמיות, לרבות הפרמיות לאחר ההנחות, צמודות למדד המחירים לצרכן.



ה. חבילת כלל מגן למשפחה פלוס - תופק בפוליסה נפרדת

פרטי המוטבים במות המועמד לביטוח				פרטי הכיסוי עבור המועמד 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	לגיל	סוג הכיסוי
1. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש לגיל 67.	60 <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
2. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח.	62 <input type="checkbox"/>	
3. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	64 <input type="checkbox"/>	
	65 <input type="checkbox"/>	
	67 <input type="checkbox"/>	



1. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

1. פרטים כלליים

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

שאלון מובא כללי והרחבת שאלון עישון	אות השאלון	כ	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	כ	לא
1. במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, 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, אינשה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.	ז		
6. במערכת העיכול - לרבות החזר 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, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.	י		
9. בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפולוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.	יא		
10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינומה, 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 - אוסטאופרוזיס/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 נרתיק, בעיות פרויון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.	יט		
18. מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.	כ		

4. שאלות נוספות	אות השאלון	כ	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 על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4)

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח X



הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

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.

(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)

ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

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.

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח 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

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

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 _____



ז. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

- אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מחלתי חברה לביטוח בע"מ ("להלן **"המבטח"**) לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.
- 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.
- ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
- ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן/חתימתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ות 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/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעתי 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.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.
- 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").
- אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.
- ידוע לי שהודעות וכל המסמכים הרלוונטיים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.
- כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שסיפק לה מידע לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.
- 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).

ותחתום על המבטח

במקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח חזמה ("מוצר דומה"):

במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה.

להלן עלות הפרמיה הראשונה לכיסוי אובדן כושר עבודה לרבות הרחבות שביקשת בטופס ההצעה ותוספת מקצועית ככל שקיימת _____ לתשומת ליבך, עלות הפרמיה לעיל אינה כוללת תוספות רפואיות, שיתכן שתתווספנה במסגרת הליך החיתום

במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר להר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתייג את אישורי הוצע 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.

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

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית

אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח**

- יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום על המבטח

במקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח חזמה ("מוצר דומה"):

בכונתי 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.

במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

בכונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה.

להלן עלות הפרמיה הראשונה לכיסוי אובדן כושר עבודה לרבות הרחבות שביקשת בטופס ההצעה ותוספת מקצועית ככל שקיימת _____ לתשומת ליבך, עלות הפרמיה לעיל אינה כוללת תוספות רפואיות, שיתכן שתתווספנה במסגרת הליך החיתום

במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

בכונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה.

להלן עלות הפרמיה הראשונה לכיסוי אובדן כושר עבודה לרבות הרחבות שביקשת בטופס ההצעה ותוספת מקצועית ככל שקיימת _____ לתשומת ליבך, עלות הפרמיה לעיל אינה כוללת תוספות רפואיות, שיתכן שתתווספנה במסגרת הליך החיתום

במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

בכונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה.

להלן עלות הפרמיה הראשונה לכיסוי אובדן כושר עבודה לרבות הרחבות שביקשת בטופס ההצעה ותוספת מקצועית ככל שקיימת _____ לתשומת ליבך, עלות הפרמיה לעיל אינה כוללת תוספות רפואיות, שיתכן שתתווספנה במסגרת הליך החיתום

פניות שיוקיות:

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.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד לביטוח _____ X

ולבעלות על הפוליסה _____ תאריך _____

* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים 1(2) ו-2(2) לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס. ** הטיפול בבקשת הצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

ח. 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 היידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
- אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אובדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוסס בקרן פנסיה חדשה.
- 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

תאריך _____ חתימת הסוכן _____ X חתימת הסוכנות _____ X

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרכז 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 במרכז 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.

אנו הח"מ (בעלי החשבון) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

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

- 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).
- 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.
 - א. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 42 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - ב. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ג. 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. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
 - ד. 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.

_____ X _____

תאריך שם הסוכן מספר הסוכן חתימתו + חותמת סוכנות

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח

_____ XX חתימת הלקוחות תאריך _____

תשלום כרטיס האשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
כתובת מגורים - רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

אני החתום מטה נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.

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.

_____ X חתימת בעל כרטיס האשראי תאריך _____

פרטי משלם אחר במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	תעודת זהות:	תאריך לידה:	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום X _____		

כלל חברה לביטוח בע"מ



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 _____