



12 טופס מספר

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

מקור מכירת הביטוח:

☐ מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום
כמשמעותו בחזר צירוף לביטוח

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה: □□□□□□□□-□□	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

בקשה לביצוע שינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסות ביטוח מנהלים
(הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול)

מספרי פוליסה/ות לשינוי

א. פרטי המעסיק

שם		מספר חברה (ח.פ.)/עוסק מורשה		מספר תיק ניכויים		מספר מעסיק בכלל	
רחוב		מספר ת.ד.		יישוב		מיקוד	
שם איש קשר		מספר טלפון		מספר פקס		דואר אלקטרוני	
אופן הגבייה		☐ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ☐ הודעת תשלום		אופן התשלום ☒ חודשי			

ב. פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה	
מין ☐ זכר ☐ נקבה		מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן		מס' ילדים _____		מס' טלפון	
שם רופא מטפל		קופת חולים					
רחוב		מס' או ת.ד.		יישוב		מיקוד	
						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 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 שמסמתי 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 ובהסכמת. 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 ושימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פרט נוסף אודות מטרות השימוש, ימי יעבור 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.clalit.co.il (מדיניות הפרטיות – כלל ביטוח).

האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?

☐ לא ☐ 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)?

☐ לא ☐ כן, פרט

אם רלוננטי: מלא שאלון מתאים

האם הנר שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?

□ לא □ כן פרט ו

ג. שיעורי ההפקדות השוטפות מהמשכורת ככל שהתבקש לרכוש כיסוי ביטוחי לאבדן כושר עבודה

על חשבון המעסיק ההוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה – היא עד 7.5%. לאובדן כושר עבודה (כ- % מהשכר לפוליסה בלבד) ☐ בנוסף לתגמולים עד 2.5%, במידה והפרמיה תעלה על תקציב זה יוקטן הפיצוי החודשי ☐ בנוסף לתגמולים עד 2.5%, והיתרה מתוך התגמולים בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים*	על חשבון העובד לתגמולים % _____ (על פי סעיף 45)
--	--

* אפשרות זו אינה רלוונטית בכיסוי אבדן כושר עבודה מסוג "מגן הכנסה" שנרכש לאחר 1.4.2019



ד. הקטנת הכיסויים במקרה של חריגה ממגבלת עלות כיסוי ביטוחי בהתאם להסדר התחיקתי*

(ככל שבחר לרכוש כיסויים ביטוחיים על פי סעיף ה' ו/או ד')

אם לא נבחר אופן הקטנה תקבע ההקטנה על פי סעיף א' כברירת מחדל

- א. ☐ הקטנת כיסוי ביטוחי למקרה מוות ולאחר מכן הקטנת הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולבסוף ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.
- ב. ☐ הקטנה פרופורציונלית של הכיסוי הביטוחי למקרה מוות ופיצוי אובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולאחריו ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.

* סעיף זה אינו רלוונטי לכיסוי אבדן כושר עבודה מסוג "מגן הכנסה" שנרכש לאחר 1.4.2019.

ה. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי הדור החדש

יש להעביר מסמכי הוכחת מצב בריאות על-פי סך-כל סכומי הביטוח - הקיימים והנוספים.

סוג הכיסוי ¹	הכיסוי הביטוחי	סכום הביטוח / הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח
כיסויים ביטוחיים במקרה מוות ²	ביטוח למקרה מוות בפרופיל עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה ☐ כולל חסכון מצטבר ☐ לא כולל חסכון מצטבר ביטוח למקרה מוות בפוליסה "קלאסי"/"עדיף" ☐ ספיר פרמיה משתנה מדי _____ שנים.	מספר משכורות _____ סכום ביטוח _____ ש"ח	עד תום תקופת הביטוח
כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" ³	☐ פיצוי ושחרור הרחבות: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנציזה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש ☐ ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה ☐ הגדלת גג חתם ל 25% ☐ שחרור בלבד הרחבות: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנציזה ☐ קיצור תקופת המתנה - 1 חודש ☐ הגדלת גג חתם ל 25%	_____ % מהמשכורת בפוליסה אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח) *יש למלא סעיף ו'
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? ☐ לא ☐ כן, פרט הסכום - _____			
☐ נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי ככל שההסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי כולל שחרור הפקדות שוטפות במוצר פנסיוני אחר נא סמן ומלא מוצר פנסיוני אחר בגוף מוסדי שאינו המבטח ושאנו קרן פנסיה: _____ מהשכר המבוטח פוליסה נפרדת ב"כלל ביטוח": _____ מהשכר המבוטח			

* לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנציזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.

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

ו. במקרה בו נבחר אבדן כושר עבודה לתום תקופת הביטוח גיל 67, והכיסוי הביטוחי הינו נספח לפוליסה קיימת מסוג "פרופיל" (מנהלים או עצמאיים)

אנא בחר אחת מבין האפשרויות הבאות:

- ☐ הארכת גיל תום תקופה ל-68 (גיל ביטוחי)* של הפוליסה הקיימת כולל הארכת כיסוי ביטוח חיים למקרה מוות, ככל שנרכש (בכפוף להליך חיתום רפואי).
- ☐ גיל תום תקופה לכיסוי הביטוחי לאבדן כושר עבודה, יקבע על פי גיל 67 בהתאם לתאריך לידתך או תום תקופת הביטוח בפרופיל, הנמוך מביניהם.

* ההפרש בין תאריך התחלת הביטוח או כל מועד אחר שבו נדרש חישוב גיל המבוטח, לבין תאריך לידתו של המבוטח, כשהוא מחושב בשנים שלמות. 6 חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.



ז. כיסוי דינמי – שינוי כיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם למצב המשפחתי, במהלך תקופת הביטוח

- יירכש מתוך ההפרשות בפרופיל דינמי – הדור החדש – מסוג מנהלים בלבד
- מותנה בגיל מבטח במועד ההצטרפות עד גיל 44
- למבטח שלא בחר להצטרף לכיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם לסעיף ה' לעיל.
- אין בהגדלת סכום הביטוח במסגרת מודל הכיסוי הדינמי כדי לשנות את זהות המוטבים שקבע המבטח בעבר. למבטח זכות בכל עת לשנות את המוטבים בפוליסה בהודעה לחברה בהתאם להוראות הפוליסה וההסדר התחיקתי.
- הרכישת הכיסוי הביטוחי למקרה מוות כפופה למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל כמפורט בתנאי הפוליסה ובהסדר התחיקתי.

סכומי הביטוח במסגרת הכיסוי הדינמי	■ כיסוי דינמי 1 סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה	■ כיסוי דינמי 2 סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה	תום תקופת הביטוח
ביטוח למקרה מוות ^{2,4} עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה	☐ כולל חיסכון מצטבר ☐ לא כולל חיסכון מצטבר	☐ כולל חיסכון מצטבר ☐ לא כולל חיסכון מצטבר	
סכום ביטוח בסיסי	מספר משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)	מספר משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)	תום תקופת הביטוח
בן/ בת זוג: תאריך לידה: _____	מספר משכורות _____ מנת הזכאות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 30 משכורות	מספר משכורות _____ מנת הזכאות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 40 משכורות	☐ בהגיע בן הזוג ליום הולדתו ה-55 יופחת סכום הביטוח שייחס המבטח לבן הזוג ב-50% ☐ תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)
שם הילד: _____ תאריך לידה: _____	מספר משכורות* _____	מספר משכורות** _____	☐ בהגיע הילד ליום הולדתו ה-21 יופחת סכום הביטוח במלואו ☐ שייחס המבטח לילד
שם הילד: _____ תאריך לידה: _____	מספר משכורות* _____	מספר משכורות** _____	☐ תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)
שם הילד: _____ תאריך לידה: _____	מספר משכורות* _____	מספר משכורות** _____	

* **מנת הזכאות באירוע לידה ועד 3 ילדים לאחר מועד ההצטרפות: 15 משכורות**

** **מנת הזכאות באירוע לידה ועד 3 ילדים לאחר מועד ההצטרפות: 20 משכורות**

מבטח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת רפואית, ואשר לא הצטרף לכיסוי דינמי כאמור בסעיף ז' להלן יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמבטח אשר נחתמה על-ידו בצירוף המסמכים הדרושים לצורך ביצוע הבקשה על פי דרישת החברה שתימסר לחברה עד 90 יום מיום קרות האירוע המזכה (נישואין ו/או הולדת ילד) ולא יאוחר מהגיעו של המבטח לגיל 45, ובתנאי שגובה סכום הביטוח הנוסף אשר אפשר לרכוש בגין כל מקרה זכאות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת הכיסוי הביטוחי המקורי. המבטח יהיה זכאי להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח.

הערות לסעיפי הכיסויים הביטוחיים (ה' ו-ז')

- סכום הביטוח של הכיסויים הביטוחיים (מוות ואבדן כושר עבודה) כפוף:
 - 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
 - לשיעור הפקדת המעסיק לאבדן כושר עבודה כאשר נרכש בנוסף להפקדות לתגמולים
- אם לא סומנה אחת מהאפשרויות, הפוליסה תופקד לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חיסכון מצטבר.
- סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון שישולם למבטח בקרות מקרה הביטוח לא יעלה על 75% מממוצע השכר המבטח, ב-12 החודשים או ב-3 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים או פחות מ-3 חודשים), לפי הגבוה מביניהם, כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- ככל שישתנה מעמד המבטח 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 למבטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.



ח. ביטול ו/או הקטנה של כיסוי ביטוחי

שם הכיסוי	ביטול מלא	הקטנת סכום הביטוח (יש לכתוב את סכום הביטוח לאחר הקטנה)
ביטוח למקרה מוות	☐	_____ כפולות שכר
אובדן כושר עבודה - כולל שחרור	☐	_____ ש"ח
אובדן כושר עבודה - לא כולל שחרור	☐	_____ ש"ח
אחר _____	☐	_____ ש"ח

ט. הצהרות

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

א. הצהרת המועמד לביטוח (המבטח)

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 העלמת/נו 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 ו/או תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

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 במסגרת פוליסת/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 פוליסת/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסת/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.

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

ג. ידוע לי כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, בקשה למשיכה מלאה או חלקית, בקשה לתשלום קצבה על פי תנאי הפוליסה, בקשה להוספה או הגדלה או הקטנה או ביטול של כיסויים ביטוחיים, בקשה לתשלום בעקבות פטירת המבוטח

לפני תום תקופת הביטוח, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח, בקשה להארכה או קיצור של תקופת הביטוח, צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד

ד. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 100% מכל הכנסותי מעבודה.

ה. כל הפרטים שמסרתי ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מידע לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

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

פניות שיווקיות:

אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת. אפשר להודיע לחברה בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובואטסאפ ולא לקבל דיוור ישיר, בטלפון (תא קולי) 03-711192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

ולראיה באתי/נו על החתום:

_____ חתימת המועמד לביטוח

הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי לביצוע השינויים במוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ביצוע השינויים כאמור על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיוניים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיוניים משתנה מעת לעת.

_____ תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח

הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

בהמשך לבקשת המועמד לביטוח לרכוש כיסוי לאבדן כושר עבודה במעמד שכיר הנני מצהיר בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה.

_____ תאריך _____ חתימת המשווק/היועץ/הסוכן הפנסיוני