

בקשה לשינויים בכיסויי הביטוחיים במסגרת חבילת "הגנה מבטיחה"

הכיסויים בחבילה: מטריה לקרן פנסיה, ביטוח חיים למקרה מוות ושחרור למקרה אבדן כושר עבודה (הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול) טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
ת.ז.		רחוב	
מספר בית/ת.ד.		מיקוד	
טלפון		נייד	פקס
דוא"ל			
<p>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: <input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל לידעתך, 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.</p> <p>ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי 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.</p> <p>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.</p> <p>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 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 אודותך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).</p>			
<p>האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לענין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p>			
<p>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 _____</p>			
<p>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)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים</p>			
<p>האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן _____</p>			

לתשומת ליבך, הגביה תתבצע לפי המדד הידוע במועד קבלת הבקשה בחברה או המדד הידוע במועד קבלת מלוא המסמכים הדרושים לביצוע הבקשה, המוקדם מביניהם.

ב. הוספה ו/או הגדלה של כיסוי בחבילת "הגנה מבטיחה" (קוד פנימי 65)

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

סוג הכיסוי	סכום הביטוח / הפיצוי בש"ח	גיל תום תקופת הביטוח	הערות
<p>מטריה לקרן פנסיה "כלל מגן פנסיית נכות" בפרמיה משתנה מדי שנה, 3 חודשי המתנה. הרחבות אופציונאליות: <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז קצבת הנכות על ידי קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול תקופת אכשרה <input type="checkbox"/> תום תקופת האכשרה בשנים** 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>סכום הפיצוי החודשי*: ש"ח _____ סכום דמי הגמולים: ש"ח _____</p>	<p>60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/></p> <p>הערות: אם לא סומנה אחת מהאפשרויות יקבע גיל תום תקופת הכיסוי כגיל 67.</p>	<p>1. סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על סכום השווה ל-75% מממוצע ההכנסה מעבודה של המבוטח ב-12 החודשים שקדמו למועד הביטוח או על סכום קצבת הנכות מקרן הפנסיה אילו היה זכאי מהמבוטח, הנמוך מביניהם. 2. סכום שחרור דמי הגמולים לא יעלה על ממוצע סכום דמי הגמולים ששולמו לקרן הפנסיה ב-12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח. 3. בביצוע שינויים בכיסוי "כלל מגן פנסיית נכות" יש למלא מסמך הנמקה למבוטח.</p>
<p><input type="checkbox"/> "ספיר" ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה:</p>	ש"ח _____		סכום הביטוח למקרה מוות בחבילה לא יפחת מ-350,000 ש"ח
<p><input type="checkbox"/> אבדן כושר עבודה "כלל מגן הכנסה" שחרור בלבד הרחבות: <input checked="" type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה</p>	-		

*הנתונים הידועים למועד בקשת השינויים.

**תקופת ההרחבה ל"ביטול תקופת אכשרה" לא תעלה על 5 שנים ממועד ההצטרפות לכיסוי "כלל מגן פנסיית נכות".

ככל שבעתיד ינויידו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבוטח להודיע על כך לחברה.

כלל חברה לביטוח בע"מ



ג. ביטול ו/או הקטנה של כיסוי ביטוחי (קוד פנימי 60)

שם הכיסוי	ביטול מלא	הקטנת סכום הביטוח (יש לכתוב את סכום הביטוח לאחר הקטנה)
<input type="checkbox"/> מטריה לקרן פנסיה "כלל מגן פנסיית נכות" הרחבות: <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז קצבת הנכות על ידי קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול תקופת אכשרה	<input type="checkbox"/>	סכום הפיצוי החודשי: _____ ש"ח סכום דמי הגמולים: _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> "ספיר" ביטוח חיים למקרה מוות ואבדן כושר עבודה "כלל מגן הכנסה" שחרור בלבד	<input type="checkbox"/>	סכום הביטוח לכיסוי "ספיר": _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> אבדן כושר עבודה "כלל מגן הכנסה" שחרור בלבד הרחבות: <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה	<input type="checkbox"/>	

עם ביטול כיסוי "כלל מגן פנסיית נכות" יתבטלו ההרחבות וכן הכיסויים הנלווים "ספיר" ו"כלל מגן הכנסה שחרור בלבד"

ד. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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.

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.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי 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.

אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת יז נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

לעמית עצמאי: הגני מצהיר כי ההכנסה מעבודה (השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה) שאני צפוי/ה להרוויח תעמוד על סך של _____ (לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטחים בחברת ביטוח אחרת אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.

ידוע לי שההודעות וכל המסמכים הנלווים 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 ועובד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

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.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____

חתימת המבוטח _____ חתימת בעל הפוליסה _____

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

ה. 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 אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטח 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 מעלה והצעת לי לביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת הסוכן _____ חתימת הסוכנות _____

