



בקשה לשינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסות ביטוח חיים לפירעון הלוואת משכנתא (הגדלה/הארכת תקופה)

מספר פוליסה לשינוי

א. פרטי המבוטח הראשי

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד	פקס	כתובת דואר אלקטרוני	

פרטי המבוטח השני

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד	פקס	כתובת דואר אלקטרוני	

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:

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד)	<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד)
<input type="checkbox"/> דואר רגיל	<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.

אני מוסרת לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לקבל את השירות לגבי 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 אודותיך 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	מבוטח ראשי	מבוטח שני
האם הנך שוהה 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 _____

* ככל ולא תענה לשאלה זו, תקבע ברירת מחדל כ"מעשן"



ב. בהגדלה במוצר שוהם בלבד יש לציין את גובה סכום הביטוח המבוקש לאחר הגדלה

הגדלה ו/או הארכת תקופה יש להעביר מסמכי הוכחת מצב בריאות

בפוליסת ביטוח חיים למקרה מוות לפרעון הלוואת משכנתא מסוג "שוהם"

פרטי הלוואות של המבוטחים	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
סכום הביטוח המבוקש בש"ח לאחר הגדלה				
תקופת ביטוח מבוקשת				
סוג הלוואה	<input type="checkbox"/> ריבית קבועה <input type="checkbox"/> ריבית משתנה % _____	<input type="checkbox"/> ריבית קבועה <input type="checkbox"/> ריבית משתנה % _____	<input type="checkbox"/> ריבית קבועה <input type="checkbox"/> ריבית משתנה % _____	<input type="checkbox"/> ריבית קבועה <input type="checkbox"/> ריבית משתנה % _____

סכומי הביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר).

הצהרות המבוטחים לגבי הריבית הסופית של הלוואה

- 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 הלוואה (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 וההשתנות, בכל שנת ביטוח היא על פי: גיל המבוטח, מגדר, סטטוס עישון, תקופת הלוואה והריבית הסופית בפוליסה.
- ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי הלוואות בפוליסה הן על פי השתנות הקרן וריבית בתשלומים שנתיים (שנת ביטוח) שווים וצמודים למדד (לוח שפיצר).
- ידוע לי, כי יכול שיווצר פער בין סכום הביטוח לבין יתרת הלוואת 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.

חתימת המבוטחים לביטוח על תנאי הלוואה:

תאריך

חתימת המבוטח
X הראשון לביטוח

חתימת המבוטח
X השני לביטוח



ג. הצהרת המבוטחים על מצבם הבריאותי

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

מבוטח ראשי		מבוטח שני		אות שאלון	האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל: (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)
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-01 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	01 דם, טחול, מערכת החיסון
				יד	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס
				טו	21 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)
				טז	31 מערכת השלד והשרירים
				יז	41 מערכת הראיה
				יח	51 אף, אוזן, גרון
				יט	61 מערכת המין והרבייה
				כ	71 מחלות ראוטיות
					81 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
				א	91 האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?

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

הערה: למבוטח מעל גיל 65 נדרש לצרף להצהרת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפול מרופא מטפל

חתימות המבוטחים על הצהרת הבריאות

תאריך _____	שם המבוטח הראשי _____	חתימת המבוטח הראשי X _____
תאריך _____	שם המבוטח השני _____	חתימת המבוטח השני X _____



הצהרת המבוטחים על ויתור על סודיות רפואית

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 המבוטחים 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 המבוטח הראשי X

תאריך _____ חתימת המבוטח השני X

(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך ביצוע שינויים של המבוטח ויישוב תביעות בלבד)

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

אני הח"מ המבוטח הראשי _____

מספר תעודת זהות _____

אני הח"מ המבוטח השני _____

מספר תעודת זהות _____

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 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.

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

הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי: _____, תעודת זהות _____

_____ , תעודת זהות _____

אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X

ד. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____ חתימת המבוטח הראשון X _____ חתימת המבוטח השני X

ה. הצהרת הסוכן

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין בעל הפוליסה והמבוטח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המבוטח ואת המבוטח 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 המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל, והמבוטח 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.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המבוטח, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור, או קבלת המידע מהמבוטח לאחר שפנה בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו מעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- אני או מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המבוטח לצורך פנייה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של ההרשאה.
- מסרתי למבוטח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח ועבור כיסוי ביטוח חיים, נמסרה גם טבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
- אם רכש המבוטח מוצר המעניק פיצוי - במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למבוטח מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות, הסברתי למבוטח כי הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
- אם המבוטח מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למבוטח כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

תאריך _____ חתימת הסוכן X _____ חתימת הסוכנת לביטוח X

ו. 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.



ז. הצהרת המבוטח ו/או בעל הפוליסה

- אני החתום מטה, בעל הפוליסה ו/או המבוטח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המבוטח 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/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 ישמשו 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 תביעותי 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.
- ד. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. 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.

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

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

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) 03-7111192.

כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת בעל הפוליסה X

חתימת המבוטח X

תאריך _____

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