

בקשה להארכת תקופה בתום תקופת הביטוח

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות		מס' או ת.ד.	
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
מס' טלפון	מס' נייד	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:			
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <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 שמסרת לי על (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכת 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 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 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 ימסר 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).

ב. פרטי הבקשה	
ברצוני להאריך את תקופת הביטוח בפוליסה/ות שלהלן:	
1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
יש לסמן ב-V את האפשרות הרלוונטית לצורך הארכת תקופה	
סוג הפוליסה	אופן ההארכה
משתתפת ברווחים	<input type="checkbox"/> ברצוני לבצע הארכת תקופה בפוליסה(ות) שבנדון בתנאים הבאים (סמן ב-V את האפשרות הרלוונטית):
	<input type="checkbox"/> הארכת תקופה לגיל 80 כולל המשך הפקדות לחיסכון (בפוליסות עדיף/מיטב ללא כיסוי יסודי). <input type="checkbox"/> הארכת תקופה לגיל 80 ללא המשך הפקדות לחיסכון (בפוליסות עדיף/מיטב ללא כיסוי יסודי). <input type="checkbox"/> הארכת תקופה לגיל 75 בפוליסות עדיף/מיטב שהופקו עד 2001.6 - כולל הפקדה שוטפת וכיסוי יסודי*. <input type="checkbox"/> הארכת תקופה לגיל 70 בפוליסות עדיף/מיטב שהופקו לאחר 2001.6 - כולל הפקדה שוטפת וכיסוי יסודי*.
פוליסה מבטיחת תשואה	<input type="checkbox"/> *המשך הכיסוי היסודי מותנה בהליך חיתום ואישור החברה. יש לצרף הצהרת בריאות ככל שלא תצורף הצהרת בריאות, תוארך הפוליסה ללא הכיסוי היסודי
	<input type="checkbox"/> שכיר - הריני מצהיר כי אני עדיין מועסק נכון למועד מילוי הבקשה (יש לחתום מטה). כמו כן מצ"ב הצהרת מעסיק לפיה אני מועסק (יש להחתים את המעסיק מטה) <input type="checkbox"/> עצמאי - מצ"ב הצהרת עצמאי שהעסק פעיל, בצירוף אישור מס הכנסה לגבי השנה החולפת שהעסק פעיל (יש לחתום מטה) או לחילופין מצ"ב הצהרת רו"ח שהעסק מייצר הכנסות לעצמאי עצמו (יש לחתום מטה)

ג. הצהרות

הצהרות המבוטח

- ידוע לי, כי הארכת תקופה בהתאם לבקשתי כפופה לאישור כלל חברה לביטוח בע"מ ולהסדר התחיקתי.
- ידוע לי כי, הכיסויים הביטוחיים הנוספים, ככל שהיו בפוליסה, לא יהיו בתוקף בתקופת ההארכה.

בפוליסה משתתפת ברוחים (כולל פרופיל)

- ידוע לי שבמקרה שלא ניתן להמשיך בהפקדות שוטפות, עלי לפנות לסוכן הביטוח על מנת לבדוק את האפשרויות העומדות בפני.
- ידוע לי שבפוליסה קלאסית לא ניתן להמשיך להפקיד הפקדות שוטפות בתקופת הארכה

בפוליסות מבטיחות תשואה

- ידוע לי כי, הארכת התקופה תבוצע לגבי יתרה צבורה בלבד הנובעת מכספים הכפופים לתקנות קופות הגמל, ללא המשך תשלום הפקדות שוטפות.
- ידוע לי כי, לעניין הפקדות שוטפות, עלי לפנות לסוכן הביטוח על מנת לבדוק את האפשרויות העומדות בפני. ככל ולא תתקבלנה הנחיות, תיפתח פוליסת ברירת מחדל בתנאים הנהוגים בחברה במועד תום תקופת הביטוח.
- הארכת התקופה תעשה בהתאם לריבית כמפורט בנהלי החברה ובהתאם להסדר התחיקתי
- ידוע לי, כי הארכת הפוליסה הינה ל- 5 שנים או לגיל ביטוחי 75, המוקדם מבניהם ("תקופת ההארכה"), ומותנית בהצגת אישור מעסיק, אישור רואה חשבון או אישור ממס הכנסה שהעסק פעיל, לפי העניין, על המשך עבודתי כעובד שכיר או כעצמאי, לפי העניין וכן מותנית הארכת הפוליסה בהיותי עובד בפועל כעובד שכיר או כעצמאי במשך כל תקופת ההארכה.
- אני מתחייב להודיע לכלל ביטוח ופינוסים מיד עם סיום עבודתי בתוך תקופת ההארכה.
- ידוע לי, כי ככל שלא אעבוד בתקופת ההארכה ו/או ככל שלא אדווח לכלל על סיום עבודתי במשך תקופת ההארכה, לא אהיה זכאי לקבלת התשואה המובטחת בתקופת ההארכה או חלק ממנה, לפי העניין, כמפורט בדף פרטי הביטוח הרלוונטי לתקופת ההארכה ואני מתחייב כי ככל שקיבלתי את התשואה המובטחת בגין תקופת ההארכה אשיב לכלל את התשואה המובטחת או חלקה, לפי העניין, ממועד הפסקת עבודתי ועד תום תקופת ההארכה.

תאריך _____ שם המבוטח _____ חתימת המבוטח

הצהרת המעסיק בפוליסות ביטוח מנהלים

הנני מאשר בזאת כי המבוטח שבנדון עדיין מועסק אצלנו נכון לתאריך הצהרתנו.

תאריך _____ שם המעסיק _____ מספר ח.פ. _____ חתימה וחותמת המעסיק

הצהרת עצמאי

הנני מאשר בזאת, כי נכון למועד הצהרתי זו, העסק כהגדרת מונח זה בפקודת מס הכנסה _____ (שם מלא) "העסק" פעיל ומייצר הכנסות

תאריך _____ שם המבוטח _____ חתימת המבוטח

הצהרת רואה חשבון

הנני מאשר בזאת, כי הדו"ח השנתי _____ (שם מלא), מספר תעודת זהות _____ (להלן- "הנישום") לשנת המס נערך בסיוענו והוגש לפקיד שומה, וכי ההכנסות הינן הכנסות הנישום הנ"ל כעובד עצמאי בעסק

תאריך _____ שם רואה חשבון _____ מספר רישיון _____ חתימה וחותמת רואה חשבון