



טופס מספר 121.1

כלל חברה לביטוח בע"מ

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

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

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 בחוזר צירוף לביטוח

קוד הסכם/הטבה _____

הצעה לביטוח "חיסכון פיננסי לעתיד"

☐ הפקדה חד-פעמית ☐ הפקדה שוטפת

א. פרטי בעל הפוליסה – המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה
מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	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:

מועמד לביטוח	בעל הפוליסה
☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד)	☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד)
☐ דואר רגיל	☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד), 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 לקוחות בטלפון *5454.

האם הנך שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר? ☐ לא ☐ כן, פרט היכן _____

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 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).

ב. FATCA – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית – הצהרה עצמית

האם הנך אזרח ארה"ב?	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס?	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרטי, הכולל רישום של מספר הזהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN).
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	
האם הנך יליד ארה"ב?	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	
☐ לא ☐ כן		
פוליסה בבעלות תאגיד/מעסיק	האם התאגיד/מעסיק הינו יישות אמריקאית?	יש להמציא טופס W8ben-e ☐ כן, יש להמציא טופס W9 ☐ לא, יש להמציא טופס W8ben-e ☐ כן, יש להמציא טופס W9 ☐ לא
	מקום התאגדות התאגיד/מעסיק?	☐ ארה"ב ☐ ישראל ☐ אחר



ג. CRS – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחיד – הצהרה עצמית.

עבור פוליסות פרט בבעלות תאגיד יש למלא גם טופס תאגידים CRS

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? ☐ לא ☐ כן		במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות
שם מלא באנגלית:		כתובת מלאה באנגלית:
עיר	רחוב	מספר בית
המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצורכי מס		מספר מזהה לצרכי מס (TIN* בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)
1	1	
2	2	
3	3	
* ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע:		

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותך לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עליך לעדכן אותנו תוך 30 יום

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____

ד. פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*	מין ☐ זכר ☐ נקבה
מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
מקצוע/עיסוק				

*קביעת הגיל לצורכי הפוליסה לרבות הכיסויים הביטוחיים היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

ה. FATCA – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית – הצהרה עצמית

חובה למלא אם המועמד לביטוח שונה מבעל הפוליסה

האם הנך אזרח ארה"ב? ☐ לא ☐ כן	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? ☐ לא ☐ כן	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרט, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN).
האם הנך יליד ארה"ב? ☐ לא ☐ כן	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	

ו. CRS – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחיד – הצהרה עצמית

חובה למלא אם המועמד לביטוח שונה מבעל הפוליסה

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? ☐ לא ☐ כן		במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות
שם מלא באנגלית:		כתובת מלאה באנגלית:
עיר	רחוב	מספר בית
המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצורכי מס		מספר מזהה לצרכי מס (TIN* בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)
1	1	
2	2	
3	3	
* ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע:		

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותך לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עליך לעדכן אותנו תוך 30 יום

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____



ז. פרטי המוטבים

המוטבים במוט המועמד לביטוח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	קרבה יחס	חלק ב-%
				זכר ☐ נקבה ☐			
				זכר ☐ נקבה ☐			

☐ יורשים חוקיים

המוטב למקרה חיים (בתום תקופת הביטוח) המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח אחרת מלא פרטים להלן:

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	קרבה יחס	חלק ב-%
				זכר ☐ נקבה ☐			

ח. תאריך התחלת הביטוח, גיל תום תקופת הביטוח ופרטי התשלום

(סמן v באפשרות/יות הנבחרת/ות) פרטי הפקדות בש"ח עבור חיסכון פינסים לעתיד (לא מוכר כקופת ביטוח)

תאריך התחלת הביטוח* _____	☐ הפקדה חד-פעמית (מינימום 10,000 ש"ח) ☐ מצ"ב המחאה אישית ☐ בהעברה בנקאית לחשבון 12-600-480609 (חובה לצרף העתק של מסמך העברה) הסכום ש"ח _____	☐ הפקדה שוטפת חודשית (מינימום 300 ש"ח) הסכום _____ ש"ח ☐ הוראת קבע ☐ כרטיס אשראי לתשומת ליבך: תשלום בכרטיס אשראי כרוך בנוסף לדמי ניהול מצבירה גם בדמי ניהול מהפקדה שוטפת בשיעור שלא יפחת מ-1.7%	במידה ואמצעי התשלום אינו של המועמד לביטוח, יש לקבל אישור של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבונו: אני מאשר כי קיבלתי את אישורו של בעל אמצעי התשלום. חתימת הסוכן _____
---	---	--	--

* מובהר כי, בפוליסה מסוג חיסכון פינסים לעתיד בה מופקדות הפקדות שוטפות אשר אינה כוללת כיסויים ביטוחיים, תאריך תחילת הביטוח יהיה ה-1 לחודש העוקב למועד החתימה על הצעה זו.



ט. כיסויים ביטוחיים בפוליסת חיסכון פיננסי לעתיד בשילוב ריסק למקרה מוות

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

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	סכום הביטוח כולל החסכון המצטבר	תקופת הביטוח	הערות
ספיר – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה*	ביטוח למקרה מוות בפוליסת חיסכון פרט כולל חסכון מצטבר עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה	ש"ח ידוע לי שסכום הביטוח שירכש בפועל בכל עת** יהיה בגין הפער בין הסכום הרשום לעיל (סכום הביטוח כולל החסכון המצטבר) לבין סכום החסכון המצטבר במועד הרלוונטי.	גיל 80 או עד גיל תום תקופת הפוליסה – המוקדם מביניהם	1. סכום ביטוח מינימלי בסיכון (ללא חסכון מצטבר) לא יפחת מ-150,000 ₪. 2. יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת המצ"ב לרכישת סכום ביטוח עד 1,500,000 ₪. יש למלא הצהרת בריאות מלאה המצ"ב לרכישת סכום ביטוח מעל 1,500,000 ₪. 3. לידיעתך, בעת בקשת פדיון מלא על החסכון המצטבר בפוליסה והמשך בקשה לשמירת הכיסוי הביטוחי יש למלא טופס בקשת המשכיות כיסויים ביטוחיים והכיסוי הנרכש יופק בפוליסה נפרדת וחדשה.

*מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן.
**עדכון סכום הביטוח שנרכש בפועל נעשה אחת לחודש בהתאם לסעיף מועד עדכון סכום הביטוח בסיכון בטופס זה.

מועד עדכון סכום הביטוח בסיכון בפוליסת חיסכון פיננסי לעתיד ברכישת סכום ביטוח כולל חסכון מצטבר

עדכון סכום הביטוח בסיכון ועדכון הפרמיות בפוליסת חיסכון פיננסי לעתיד כולל חסכון מצטבר, יתבצע מידי חודש ב-1 לחודש הקלנדרי העוקב, בהתאם לחסכון המצטבר בפוליסה ביום העסקים האחרון בחודש שקדם לו כפי שנרשם במערכות החברה (להלן: "המועד הקובע").

מובהר ומוסכם, כי על אף האמור לעיל שינויים שיחולו בחסכון המצטבר בפוליסה לאחר המועד הקובע, אף אם מתייחסים לתקופה שקדמה למועד הקובע, לא יילקחו בחשבון לצורך חישוב סכום החסכון המצטבר ולצורך רכישת סכום הביטוח בסיכון ב-1 לחודש הקלנדרי העוקב למועד הקובע, והם יובאו בחשבון רק ב-1 לחודש העוקב למועד רישום השינוי בחסכון המצטבר בפוליסה במערכות החברה.

לדוגמא –

ביום 1.1.2026 סכום ביטוח כולל חסכון מצטבר עומד על סך 1,000,000 ₪
במהלך ינואר בוצעה הפקדה חד פעמית ושווייה לפוליסה בסך 600,000 ₪.

תאריך	סכום ביטוח כולל חיסכון מצטבר בש"ח	סכום ביטוח בסיכון בש"ח	סכום חסכון מצטבר
1.1.26	1,000,000	1,000,000	-
3.1.26	1,000,000	1,000,000	600,000
1.2.26	1,000,000	400,000	600,000

הדוגמא בהנחה תיאורטית של תשואה ומדד המחירים לצרכן אפס במהלך חודש ינואר.

י. חיסכון פיננסי לעתיד PAY BACK (מינימום הפקדה חד פעמית 100,000 ₪)

מבוטח המבקש לממש תשלום פדיון חלקי לשיעורין* מידי חודש, החל מהחודש העוקב להפקת הפוליסה**, בסך _____ (מינימום 500 ₪) ("התשלום החודשי")***

☐ תשלום חודשי צמוד למדד ☐ תשלום חודשי לא צמוד למדד מועד התשלום החודשי ☐ 7 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 לחודש

* אם לא נבחר יהיה התשלום החודשי לא צמוד למדד.

** לתשומת ליבך, טפסים שיתקבלו בחברה עד ל-25 לחודש, התשלום החודשי הראשון יבוצע בחודש העוקב. טפסים שיתקבלו לאחר ה-25 לחודש, התשלום החודשי הראשון יבוצע בחודש הבא לאחר החודש העוקב.

*** מובהר, כי מכל תשלום חודשי (בין אם צמוד למדד ובין אם אינו צמוד למדד) ינוכה מס כדין, והכל בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה. ככל שיתרת החיסכון המצטבר תהיה נמוכה מסכום התשלום החודשי, תשלום מלא יתרת החיסכון המצטבר והפוליסה תתבטל.

מובהר, כי יתרת ההפקדה החד פעמית תמשיך להתנהל בהתאם לקבוע בתנאי הפוליסה.

**** מובהר, כי ככל שנרכש בפוליסה סכום ביטוח למקרה מוות כולל חסכון מצטבר לא ניתן יהיה להצטרף לפדיון חלקי אוטומטי לשיעורין (PAY BACK).

אבקשכם להעביר את התשלום החודשי לחשבון הבנק שלי שפרטיו:

שם בעל החשבון	תעודת זהות	חשבון מספר	שם הבנק	בנק מספר	סניף מספר	שם הסניף

חתימת המבוטח X

בהתאם לצו איסור הלבנת הון יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח, הצהרת בעל פוליסה, הצהרת מקבל התשלום לפי התוספת השלישית לצו. ככל שמקבל התשלום החודשי איננו בעל הפוליסה יש למלא את פרטי הנהנה בשאלון הכר את הלקוח.



יא. דמי ניהול

דמי ניהול מההפקדה השוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
☐ 6%	☐ 1.25%
☐ %	☐ %

שים לב ! נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. פירוט מגבלת עמלת ניהול חיצוני לשנה זו וכן שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת <https://www.clalbit.co.il/aboutclalinsurance/generalreports/>. כמו כן באפשרותך לחשב את העלות השנתית הצפויה לשנה זו ביחס למסלולי ההשקעה השונים בקישור הבא: <https://www.clalbit.co.il/annualcostsimulator/>. העלות השנתית של ההוצאות הישירות בפועל יכולה להיות שונה מהעלות השנתית הצפויה, ותנבע, בין היתר, לפעולות השקעה שיבוצעו ולשינויים בהיקף הנכסים המנוהלים במסגרת המסלול הרלבנטי במהלך השנה. יודגש כי כלל ביטוח אינה נדרשת לעדכן בדבר שינוי בעלות השנתית הצפויה במהלך השנה.

יב. מסלולי השקעה – חיסכון פינסים לעתיד

מסלול השקעה	% הפקדה חד פעמית –	% הפקדה שוטפת –	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
מניות (9)			
אשראי ואג"ח (4)			
הלכה (205)			
אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות) (6)			
עוקב מדד S&P 500 (13346)			
עוקב מדדים – גמיש (14247)			
משולב סחיר (14246)			
עוקב מדדי מניות (14796)			
כספי (שקלי) (13244)			
אג"ח סחיר (15442)			
מניות סחיר (15443)			
כללי (99)			
מסלולי השקעה בניהול STATE STREET			
כלל STATE STREET מניות (15229)			
כלל STATE STREET כללי (15231)			
סה"כ	100%	100%	100%

ידוע לי, כי שיעור דמי ניהול החיסכון המצטבר עשוי להשתנות, בין היתר, בהתאם לשיעור דמי ניהול מההפקדה השוטפת ו/או ליתרת החיסכון המצטבר בפוליסה ו/או לבחירת מסלול ההשקעה ו/או לשינוי מסלול ההשקעה, ככל שיתבקש על יד המבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה וההסדר התחיקתי. כמו כן, ידוע לי ואני מאשר, כי במועד שינוי מסלול השקעה יקבעו דמי הניהול בהתאם למסלול הנבחר ובהתאם למדיניות החברה באותו מועד. ידוע לי, כי ככל שניתנה לי הטבה בדמי ניהול החיסכון המצטבר במסלולי ההשקעה בהם מופקד החיסכון המצטבר בפוליסה, תבוטל ההטבה, כולה או חלקה, לפי העניין, עם העברת החיסכון המצטבר, כולו או חלקו, לפי העניין, למסלולי השקעה בניהול STATE STREET או כל גוף מנהל אחר שיבוא במקומו.

אם לא נבחר מסלול השקעה יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי.

למבוטח הבוחר במסלול השקעה כספי (שקלי): סמן את בחירתך: (חובה)

תקופת הבחירה במסלול (בחדשים): ☐ 6 ☐ 12 ☐ 24 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

מסלול היעד שייבחר רלוונטי הן להפקדות חדשות שיופקדו במסלול והן לכספי החיסכון שנצברו. ככל ולא תיבחר תקופת הבחירה במסלול תיבחר תקופת ברירת מחדל. ככל ולא ייבחר מסלול השקעה למעבר ייבחר מסלול השקעה כללי כברירת מחדל.

מסלול השקעה	% הפקדה חד פעמית –	% הפקדה שוטפת –
מניות (9)		
אשראי ואג"ח (4)		
הלכה (205)		
אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות) (6)		
עוקב מדד S&P 500 (13346)		
עוקב מדדים – גמיש (14247)		
עוקב מדדי מניות (14796)		
משולב סחיר (14246)		
אג"ח סחיר (15442)		
מניות סחיר (15443)		
כללי (99)		
מסלולי השקעה בניהול STATE STREET		
כלל STATE STREET מניות (15229)		
כלל STATE STREET כללי (15231)		
סה"כ	100%	100%



יג. כיסויים ביטוחיים נוספים בפוליסה

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

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	סכום הביטוח	תקופת הביטוח	הערות
ספיר – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה*	ביטוח למקרה מוות בפוליסת חיסכון פרט לא כולל חסכון מצטבר עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה	ש"ח _____	גיל 80 או עד גיל תום תקופת הפוליסה – המוקדם מביניהם	1. סכום ביטוח מינימלי 150,000 ₪. 2. יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת המצ"ב לרכישת סכום ביטוח עד 1,500,000 ₪. יש למלא הצהרת בריאות מלאה המצ"ב לרכישת סכום ביטוח מעל 1,500,000 ₪. 3. לידיעתך, בעת בקשת פדיון מלא על החסכון המצטבר בפוליסה והמשך בקשה לשמירת הכיסוי הביטוחי יש למלא טופס בקשת המשכיות כיסויים ביטוחיים והכיסוי הנרכש יופק בפוליסה נפרדת וחדשה.

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

הטבות בדמי ניהול מהחיסכון המצטבר ו/או בדמי ניהול מההפקדה השוטפת (להלן: "דמי ניהול") הכלולות בדף פרטי ביטוח זה, ככל שניתנו, תקפות לתקופה של חמש שנים ממועד תחילת הפוליסה או ממועד מתן ההטבה.

עם זאת מובהר, כי בקורות אחד מהמקרים המפורטים להלן, יעלו דמי ניהול לפני חלוף 5 שנים, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי:

- שישה חודשים אחרי הפסקת תשלומים לחסכון המועברים לקופת גמל עבור המבוטח שלא אירעה בשל המעסיק;
- משיכה מלאה או חלקית של יתרת החסכון המצטבר או העברה מלאה או חלקית למסלול השקעה אחר בפוליסה;
- העלאה בדמי ניהול בהתאם למנגנון הקבוע בהסכם או בתנאי תכנית הביטוח המסדיר שינויים בגובה דמי ניהול בהתאם ליתרה הצבורה בחשבון של המבוטח או משתנה אחר אשר אושר על ידי הממונה, למעט מנגנון המבוסס על ותק המבוטח.

יד. גילוי נאות

אתה עומד לרכוש את הפוליסה "חסכון פינסים לעתיד" ב"כלל חברה לביטוח בע"מ" אשר פרטיה מפורטים בהצעה זו.	% דמי ניהול מהפרמיה עבור כל שנת ביטוח לאורך תקופת הביטוח הינו ____.
בעל הפוליסה הוא ____ הפוליסה אינה מאושרת כקופת גמל ומיועדת לפרט. בהיערך לגיל ____ יפוג תוקף הפוליסה ותהיה זכאי למשוך את הכספים שנצברו לזכותך כסכום חד-פעמי*.	סך דמי ניהול ממוצעים מהפרמיה לכל אורך התקופה ____.
סה"כ ההפקדה החד פעמית לחסכון ש"ח, ____	לידיעתך, מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית.
סה"כ ההפקדה השוטפת לחסכון ש"ח, ____	ייתכן והתוצאות בפועל תהיינה טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.
הסכום החד פעמי הצפוי לגיל ____ בריבית ברוטו בשיעור של 4% בניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת בשיעור % ____ בניכוי דמי ניהול מהחיסכון המצטבר בשיעור % ____ ובניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת ודמי ניהול מהחיסכון המצטבר.	לבעל הפוליסה: זכותך, תוך ששים ימים מקבלת הפוליסה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה ולקבל החזר בגין כל ההפקדות ששילמת כשהן משוערכות בהתאם לתוצאות תיק ההשקעות, בניכוי עלות הכיסוי הביטוחי, ובניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת ודמי ניהול מהחיסכון המצטבר.
השקעה בניהול STATE STREET בשיעור % ____ יהיה ____ ₪.	* בכפוף לתנאי הפוליסה ולהסדר התחיקתי קיימת אפשרות לקבלת קצבה
תאריך ____ חתימת הסוכן X	חתימת המועמד לביטוח XX

טו. הלבנת הון

בהתאם לצו איסור הלבנת הון, יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח והצהרת בעל פוליסה/ מבוטח



טז. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

הצהרות המועמד מתייחסות לכל חלקי ההצעה, לרבות בגין נספחי הכיסויים הביטוחיים

- א. אני/החתום/ים 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.
- 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 ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו 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 ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסות 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. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.
- ה. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____

חתימת בעל הפוליסה ☒

חתימת המועמד לביטוח ☒

יז. הצהרה והסכמה בעניין יעוץ השקעות בפוליסות חיסכון פינסים לעתיד

- אני מצהיר ומסכים בזה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאי ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי ליעוץ לגבי ההשקעה
- תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה ☒ חתימת המועמד לביטוח ☒

יח. 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.

אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את הידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.

חתימה המשווק

☒

הסוכן הפנסיוני/היועץ _____ תאריך _____

יט. הצהרת בעל פוליסה שהוא תאגיד

1. משיכת החיסכון המצטבר בתום תקופה: מוצהר בזאת, כי התקשרותי בפוליסה מסוג "חיסכון פינסים לעתיד", הינה בהתאם להסכם שנחתם ביני לבין המועמד לביטוח, והנני מתחייב כי החיסכון המצטבר בפוליסה בתום תקופת הביטוח ייועד לטובת המועמד לביטוח בלבד, והכל בכפוף להוראות הפוליסה ולהסדר התחיקתי.
 2. משיכת החיסכון המצטבר במהלך תקופת הביטוח: החברה תשלם לבעל הפוליסה את החיסכון המצטבר שנמשך, בתוך 30 ימים מהיום שבו הגיעו למשרדי החברה בקשה כתובה וכל המסמכים הדרושים לתשלום החיסכון המצטבר. ואולם אם היה בעל הפוליסה, חבר בני אדם או תאגיד, תשלם לו החברה את החיסכון המצטבר בכפוף לכך שהתקיים אחד מהתנאים הבאים לפחות:
- א. בהתאם להצהרה של בעל הפוליסה כי המשיכה היא לצורכי תשלום מענק פרישה למבטח על פי הסכם עבודה בין בעל הפוליסה למבטח ובמקרה זה יש לצרף לבקשת המשיכה טופס 161 של רשות המיסים, או כל טופס אחר שיבוא במקומו, אשר בו מצויין הסכום לתשלום למבטח הזהה לסכום למשיכה.
 - ב. התקבל בחברה צו או פסק-דין של ערכאה משפטית מוסמכת, הקובע את זכאותו של בעל הפוליסה שהוא תאגיד לחיסכון המצטבר בפוליסה. על אף האמור בסעיף זה, מובהר כי ככל שהתקבל בחברה צו או פסק דין של ערכאה משפטית מוסמכת על זכאותו של המבוטח לחיסכון המצטבר, ישולם החיסכון המצטבר לפני תום תקופת הביטוח למבטח.
 - ג. בעל הפוליסה שהוא תאגיד העביר בקשה בכתב חתומה על ידו ועל ידי המבוטח, על העברת מלוא החיסכון המצטבר לפוליסת ביטוח אחרת למטרה דומה.

חתימה וחותמת

☒

בעל הפוליסה _____ תפקיד _____

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. לדיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז 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) כמפיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

אנו ה"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק) ("הלקוחות"):			
מספר זהות/ח.פ.		שם בעלי חשבון הבנק	
		פוליסה לעדכון	
		☐ כל הפוליסות ☐ מס' פוליסה/ות לעדכון _____	
רחוב		מספר	ישוב
			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. מהות/סוג התשלום
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה 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.
 - 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.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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.
- 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.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת + חותמת סוכנות _____

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

תאריך _____ חתימת הלקוחות _____

תשלום כרטיס האשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
כתובת מגורים - רחוב	מספר	ישוב	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.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

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

שם המשלם:	תעודת זהות:	תאריך לידה:	מין ☐ זכר ☐ נקבה
זיקה למועמד לביטוח:			

כלל חברה לביטוח בע"מ



הצהרת בריאות לרכישת סכום ביטוח למקרה מוות מעל 1,500,000 ₪ כולל החסכון המצטבר

הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

1. פרטים כלליים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
			☐ זכר ☐ נקבה			

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

שאלון	כן	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

שאלון	כן	לא
1. במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, 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, טרומבוז, 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, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבב - פנקריאטיטיס.	י	
9. בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטי, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.	יא	
10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, 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 - אוסטאופורוזיס/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 פוליפיים, 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 שריני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.	יט	
18. מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיבורמיאלגיה.	כ	

4. שאלות נוספות

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
-------	------------------	---------------------

כלל חברה לביטוח בע"מ



הצהרת בריאות לרכישת סכום ביטוח למקרה מוות עד 1,500,000 ₪ כולל החסכון המצטבר

הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

יש להבהיר למועמד לביטוח כי שאלות הצהרת הבריאות מהוות בסיס לחיתום הרפואי ולכן יש לענות עליהן בצורה מלאה, נכונה וכנה.

פרטים כלליים						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ

במידה והתשובה חיובית, יש למלא את השאלון המתאים				אות שאלון	לא	כן
1. האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל:						
א. מערכת העצבים והמוח				ג'		
ב. נפש				ד'		
ג. מחלות ריאה				ה'		
ד. מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות				ז'		
ה. מחלות מעי (שאלון ח') וכבד				י'		
ו. מחלות כליה				יא'		
ז. מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סוכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)				יב'		
ח. מערכת הדם והחיסון לרבות איידס				יג'-יד'		
ט. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים				טו'		
י. מחלות ראומטיות				כי'		
2. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת כתוצאה ממחלה?				כא'		
3. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?				כג'		
4. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?						
5. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, אנא פרט:						

חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4)

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימת המועמד לביטוח
		X