



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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום

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

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה

ד. פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN).
האם הנך יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על יותר 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום

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

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה



ז. פרטי המוטבים

המוטבים במוט המועמד לביטוח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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	יחס קרבה	חלק ב-%
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			

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

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

תאריך התחלת הביטוח*	הפקדה חד-פעמית (מינימום 10,000 ש"ח) מז"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 <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי לתשומת ליבך: תשלום בכרטיס אשראי כרוך בנוסף לדמי ניהול מצבירה גם בדמי ניהול מהפקדה שוטפת בשיעור שלא יפחת מ-1.7%	גיל תום תקופת הביטוח <input type="checkbox"/> גיל 95 <input type="checkbox"/> גיל _____
_____		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 פיננסי 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 שיירכש 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 שגורשם 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 ושוויכה 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 מלוא 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 הנהגה בשאלון הכר את הלקוח.



יא. דמי ניהול

דמי ניהול מההפקדה השוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
6% <input type="checkbox"/>	1.25% <input type="checkbox"/>
_____ % <input type="checkbox"/>	_____ % <input type="checkbox"/>

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/aboutclalbitinsurance/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 פיננסי לעתיד

מסלול השקעה	% הפקדה חד פעמית - השקעה -	% הפקדה שוטפת - השקעה -	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) 6 12 24 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה: 6 12 24

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 - השקעה -	% הפקדה שוטפת - השקעה -
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%



ג. כיסויים ביטוחיים נוספים בפוליסה

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

הערות	תקופת הביטוח	סכום הביטוח	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי
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.	גיל 80 או עד גיל תום תקופת הפוליסה – המוקדם מביניהם	_____ ש"ח	ביטוח למקרה מוות בפוליסת חיסכון פרט לא כולל חסכון מצטבר עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה	ספיר – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה*

*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 בקרות 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 בחשבונם 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 פיננסי לעתיד" ב"כלל חברה לביטוח בע"מ" אשר פרטיה מפורטים בהצעה זו.

בעל הפוליסה הוא _____ הפוליסה אינה מאושרת כקופת גמל ומיועדת לפרט. בהגיעך לגיל _____ יפוג תוקף הפוליסה ותהיה זכאי למשוך את הכספים שנצברו לזכותך כסכום חד-פעמי*.

סה"כ ההפקדה החד פעמית לחסכון _____ ש"ח,

סה"כ ההפקדה השוטפת לחסכון _____ ש"ח.

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 מהחיסכון המצטבר במסלולי השקעה בניהול STATE STREET בשיעור _____% יהיה _____ ₪.

תאריך _____ חתימת הסוכן _____ חתימת המועמד לביטוח _____

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. ידוע לי/נו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.
 - ב. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסר 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.
 - ג. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.
- פניות שיווקיות:**
- א. אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובטלפון, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת.
 - ב. אפשר להודיע לחברה בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובטלפון (תא קולי). 03-7111192-03 כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.
- ולראיה באתי/נו על החתום:**
- תאריך _____
- חתימת בעל הפוליסה
- חתימת המועמד לביטוח

יז. הצהרה והסכמה בעניין יעוץ השקעות בפוליסות חיסכון פיננסי לעתיד

- אני מצהיר ומסכים בה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, ראשי ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו ראוי 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 בה 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.**
- תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ חתימת המועמד לביטוח

יט. הצהרת בעל פוליסה שהוא תאגיד

1. **משיכת החיסכון המצטבר בתום תקופה:**
מוצהר בזאת, כי התקשרותי בפוליסה מסוג "חיסכון פיננסי לעתיד", הינה בהתאם להסכם שנחתם ביני לבין המועמד לביטוח, והנני מתחייב כי החיסכון המצטבר בפוליסה בתום תקופת הביטוח יועד 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 למבוטח על פי הסכם עבודה בין בעל הפוליסה למבוטח ובמקרה זה יש לצרף לבקשת המשיכה טופס 161 של רשות המיסים, או כל טופס אחר שיבוא במקומו, אשר בו מצויין הסכום לתשלום למבוטח 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 למבוטח.**
 - ג. בעל הפוליסה שהוא תאגיד העביר בקשה בכתב חתומה על ידו ועל ידי המבוטח, על העברת מלוא החיסכון המצטבר לפוליסת ביטוח אחרת למטרה דומה.
- תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת בעל הפוליסה

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.



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף
קוד מוסד	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
מספר חשבון	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) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

מספר זהות/ח.פ.	שם בעלי חשבון הבנק	פוליסה לעדכון
		<input type="checkbox"/> כל הפוליסות <input type="checkbox"/> מס' פוליסה/ות לעדכון _____

מיקוד	יישוב	מספר	רחוב

- 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 הרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה 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.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - 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 רשיון נהיגה של הלקוח

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

תשלום בכרטיס האשראי

תוקף	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
כתובת מגורים - רחוב			
מיקוד	יישוב	מספר	

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 <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
זיקה למועמד לביטוח:			



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
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

לא	כן	אות השאלון
		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?
	א	4. האם צורך / צרכת סמים קעת או בעבר?
	ב	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?

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

לא	כן	אות השאלון
	ג	1. במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.
	ד	2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.
	ה	3. בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
	ו	4. בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.
	ז	5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה איישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.
	ח	6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיטטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.
	ט	7. בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.
	י	8. בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בבלבב - פנקריאטיטיס.
	יא	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 פוליציסטיט, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.
	יב	10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינמיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
	יג	11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
	יד	12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.
	טו	13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.
	טז	14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
	יז	15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.
	יח	16. אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפיים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
	יט	17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, קעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרינוי, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
	כ	18. מחלות ראוטטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראוטטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה.

4. שאלות נוספות

לא	כן	אות השאלון
		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:
	כא	3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?
	כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?

חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4). בנוסף יש לחתום גם על הצהרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית.

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח X



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 <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
----------	---------	-----------	---	------------	-----------	-----------

במידה והתשובה חיובית, יש למלא את השאלון המתאים

ק	לא	אות שאלון	
			1. האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל: א. מערכת העצבים והמוח ב. נפש ג. מחלות ריאה ד. מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ה. מחלות מעי (שאלון ח') וכבד ו. מחלות כליה ז. מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סוכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות) ח. מערכת הדם והחיסון לרבות איידס ט. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים י. מחלות ראוטיות
		ג'	
		ד'	
		ה'	
		ז'	
		י'	
		יא'	
		יב'	
		יג'-יד'	
		טו'	
		כ'	
		כא'	
		כג'	
			2. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת כתוצאה ממחלה? 3. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות? 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

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישבו תביעות בלבד)

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
 קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי
 אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוסס שלה ו/או ביקשתי להיות מבוסס על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. 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.

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.

ולראיה באתי על החתום:
 תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

הצהרת הסוכן
 בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____, אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.
 תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X _____