

**מקור מכירת הביטוח:**  
 מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

טופס מספר **508**

## בקשה לשינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסת פרופיל פרט הכוללת חיסכון (הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול)

מספרי פוליסה/ות לשינוי \_\_\_\_\_

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
תעודת זהות		רחוב	
מיקוד	מספר בית/ת.ד.	נייד	טלפון
דוא"ל		פקס	דואר רגיל
<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:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>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.</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 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 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 <a href="http://www.clalbit.co.il">www.clalbit.co.il</a> (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).</p>			
<p>האם הנך מעשן או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)</p> <p>כן, פרט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>		<p>האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?</p> <p>כן, פרט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></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)?</p> <p>כן, פרט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>		<p>האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?</p> <p>כן, פרט היכן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>	

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

**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 בפוליסת פרט מסוג פרופיל בלבד (קוד פנימי 65)

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

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	אופן רכישת הכיסויים הביטוחיים
ביטוח למקרה מוות*	עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה** <input type="checkbox"/> כולל חסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חסכון מצטבר	ש"ח _____	עד תום תקופת הביטוח	מתוך התגמולים
כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"*** פרמיה משתנה כל שנה תקופת המתנה 3 חודשים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור**** הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה	ש"ח _____	גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מחוץ לתגמולים
	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה - 1 חודש			
תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח*****				
			<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65	

\* בפוליסות מסוג פרופיל דינאמי שתחילת הביטוח 1/2013 ואילך מבוטח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת רפואית, יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמבוטח אשר נחתמה על-ידיו בצירוף המסמכים הדרושים לצורך ביצוע הבקשה על פי דרישת החברה שתימסר לחברה עד 90 יום מיום קרות האירוע המזכה (נישואין ו/או הולדת ילד) ולא יאוחר מהגיעו של המבוטח לגיל 45, ובתנאי שגובה סכום הביטוח הנוסף אשר אפשר לרכוש בגין כל מקרה זכאות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת הכיסוי הביטוחי המקורי. המבוטח יהיה זכאי להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח.

\*\* אם לא סומנה אחת מהאפשרויות לעיל, הפוליסה תופק לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חסכון מצטבר.

\*\*\* בעת רכישת/הגדלת "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה, מסמך הנמקה ואישור רואה חשבון על גובה הכנסות מעבודה בשנתיים האחרונות (כל שנה בנפרד).

\*\*\*\* סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

\*\*\*\*\* לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.

\*\*\*\*\* ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאובדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

## 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)
ביטוח למקרה מוות	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אובדן כושר עבודה - כולל שחרור	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אובדן כושר עבודה - לא כולל שחרור	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אחר _____	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____

## 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.

ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן חתמתי 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 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 ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעות 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.

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.

הנני 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 המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.**

ידוע לי שהודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

חתימת המבטח \_\_\_\_\_ חתימת התאריך \_\_\_\_\_

בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

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

## 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 מבוטח 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

חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_