



מספר טופס 9  
קוד מסמך: 845

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il)

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

שם הסוכן	מספרו באלמנטרי	מספרו בחיים
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספר ההצעה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

קוד הסכם/הטבה: \_\_\_\_\_

**הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונס**  
קוד שובר:

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

## הצעה לביטוח משולב למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא מבנה וחבילת כיסויים ריסק משכנתא+

אנו החתומים מטה, מבקשים לערוך ביטוח משולב חיים ומבנה לפי פרטי ההצעה שלהלן. ידוע לנו כי התשובות והפרטים הניתנים על-ידינו, הם מהותיים לצורך קבלת ההחלטה על-ידיכם האם לקבל את בקשתכם לערוך את הביטוח המבוקש ובאלו תנאים.

### א. פרטי המציע / בעל הפוליסה

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

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:

המציע/ בעל הפוליסה	מועמד ראשי לביטוח	מועמד שני לביטוח
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל	<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל	<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 (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.

### ב. פרטי המועמדים לביטוח

המועמד הראשי 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"/> אלמן
רחוב	מספר
	ת.ד.
	יישוב
	מספר ילדים
	מספר טלפון
	מספר נייד
	מקצוע/עיסוק

המועמד השני 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"/> אלמן
רחוב	מספר
	ת.ד.
	יישוב
	מספר ילדים
	מספר טלפון
	מספר נייד
	מקצוע/עיסוק

\*קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוח").

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 שביע 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](http://www.clalbit.co.il) (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).



מועמד ראשי	מועמד שני	נא לענות כן או לא לכל מבוסח
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?
לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	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
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)***
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/>	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

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

### ג. פרטי המוטבים

לסכומי הביטוח שלא נקבע בגינם מוטב בלתי חוזר. אם נקבע מוטב בלתי חוזר, ליתרת סכומי הביטוח, לאחר התשלום למוטב הבלתי חוזר:

המוטבים במוטב המבוטח השני				המוטבים במוטב הראשון			
שם ושם משפחה	מספר זהות	יחס קרבה	חלק ב-%	שם ושם משפחה	מספר זהות	יחס קרבה	חלק ב-%

### ד. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח	תאריכי הביטוח לביטוח מבנה	אופן התשלום	אופן הגבייה
מתאריך _____ עד תאריך _____	חודשי <input checked="" type="checkbox"/>	כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראות קבע (שים לב, יש למלא הוראת קבע עבור ביטוח חיים ו/או ביטוח מבנה בהתאם לכיסויים הנרכשים)	

### הסכמת הצדדים

מוסכם על הצדדים שפוליסת **ביטוח המבנה** השנתית תתחדש מדי שנה באופן אוטומטי, בהתאם לתנאי הפוליסה בשנה שקדמה לחידוש, או כפי ששונתה בהסכמת המבוטח במהלך השנה שקדמה לחידוש, אלא אם תבוטל קודם לכן ע"י מי מהצדדים בהתאם ובכפוף לכל דין.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המציע

### ה. ביטוח מבנה - כללי

כתובת הדירה	רחוב:	מספר בית:	מספר דירה:	ישוב:	מיקוד:	סכום ביטוח המבנה
שעבוד	עבור הדירה בכתובת: _____	לטובת: _____	מספר סניף _____	כתובת: _____	סוג השעבוד: רגיל <input type="checkbox"/> בקביעה בלתי חוזרת <input type="checkbox"/>	
ניסיון ביטוחי קודם	האם הרכוש המוצע לביטוח היה מבוסח בחברת ביטוח כלשהי ב-3 השנים האחרונות?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	חברת ביטוח: _____	תקופת ביטוח מיום: _____ עד יום: _____	חברת ביטוח: _____	תקופת ביטוח מיום: _____ עד יום: _____
	האם ב-3 שנים האחרונות אירעו לרכושך נזקים כתוצאה מהסיכונים עבורם הנך מבקש כיסוי בהצעה זו?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תאריך הנזק: _____	סוג הנזק: _____	שולם: _____	
	האם ב-3 השנים האחרונות הוגשו נגדך תביעות על ידי צד שלישי ו/או על ידי עובדי משק ביתך בגין נזקי רכוש ו/או גוף?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	תאריך הנזק: _____	סוג הנזק: _____	שולם: _____	
	האם ב-3 השנים האחרונות, סירבה חברת ביטוח כלשהי לבטח או לחדש לך את הביטוח?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פרט לרבות הסיבה לכך: _____			
	האם חברת ביטוח כלשהי התנתה תנאים מיוחדים בעת קבלת הביטוח או חידושו?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	פרט לרבות הסיבה לכך: _____			



**פרק א' - ביטוח מבנה הדירה**

**ביטוח מבנה הדירה - פרטים על הנכס ותיאורו**

<p><input type="checkbox"/> קיים מחסן חיצוני לדירה? סכום ביטוח: _____ ₪</p> <p><b>המחסן עשוי:</b> <input type="checkbox"/> לבנים בטון <input type="checkbox"/> פח/איסכורית <input type="checkbox"/> עץ</p> <p><input type="checkbox"/> אחר: _____ <b>ננעל באמצעות:</b> _____</p>	<p><b>מחסן חיצוני</b></p>	<p><input type="checkbox"/> בית פרטי <input type="checkbox"/> בית דו משפחתי</p> <p><input type="checkbox"/> בית משותף קומת קרקע</p> <p><input type="checkbox"/> בית משותף קומת ביניים, קומה _____ מתוך _____ קומות</p> <p><input type="checkbox"/> בית משותף דירת גג, קומה _____ מתוך _____ קומות</p>	<p><b>סוג המבנה/ קומת הדירה</b></p>
<p>קיים בדירה <b>מכשיר הרמה פרטי</b> מהסוג המפורט?</p> <p><input type="checkbox"/> מעלון/ מעלון <b>כסא</b> (מדרגון) סכום ביטוח _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> מכפיל חניה סכום ביטוח _____ ₪</p>	<p><b>מכשירי הרמה</b></p>	<p>שטח הדירה: _____ מ"ר</p> <p>(אם הדירה בבית משותף יש לכלול בחישוב שטח הדירה גם את החלק היחסי של השטח המשותף)</p>	<p><b>שטח הדירה ברוטו:</b></p>
<p>קיים <b>מתקן פוטו וולטאי</b> ביתי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>תפוקתו _____ קילו וואט, סכום ביטוח: _____ ₪</p>	<p><b>מתקן פוטו וולטאי</b></p>	<p><input type="checkbox"/> לבנים/בטון <input type="checkbox"/> עץ <input type="checkbox"/> בניה קלה</p> <p>אחר-פרט: _____</p>	<p><b>סוג הבנייה</b></p>
<p>האם מתקיימת בדירה <b>פעילות עסקית</b>? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>מסוג: _____</p>	<p><b>פעילות עסקית</b></p>	<p><input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> גבוה <input type="checkbox"/> גבוה מאוד</p>	<p><b>סטנדרט בנייה:</b></p>
<p>האם הדירה היא <b>דירה שאינה תפוסה</b>? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p><input type="checkbox"/> מתאריך _____ ועד תאריך _____</p> <p><input type="checkbox"/> בכל תקופת הביטוח</p> <p><b>* דירה שאינה תפוסה - דירה פנויה למעלה מ-60 ימים רצופים או שבפועל לא גרים בה באופן סדיר למעלה מ-60 ימים רצופים.</b></p>	<p><b>דירה שאינה תפוסה</b></p>	<p>קיימת <b>בריכת שחייה פרטית הכוללת מערכת סינון</b>? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום ביטוח: _____ ₪</p> <p><b>הבריכה:</b></p> <p><input type="checkbox"/> בחצר <input type="checkbox"/> מחוץ לדירה <input type="checkbox"/> על הגג <input type="checkbox"/> במרפסת</p> <p>קיים <b>ג'קוזי חיצוני לדירה</b>? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום ביטוח: _____ ₪</p>	<p><b>בריכת שחייה/ג'קוזי</b></p>

**כיסוי מקיף למבנה דירה ראשית**

<p><b>רעידת אדמה - הסיכון נכלל בכיסוי הביטוחי.</b></p>	<p><b>רעידת אדמה</b></p>
<p>בדיקה ו/או תיקון נזקי מים ונזולים אחרים יבוצעו באמצעות "שרברב הסדר" הנמנה על רשימת שרברבי הסדר של כלל ביטוח כמפורט ברשימה בכתובת <a href="http://www.clalbit.co.il">www.clalbit.co.il</a>.</p>	<p><b>נזקי מים ונזולים אחרים</b></p> <p><b>כיסוי לנזקי מים ונזולים אחרים: באמצעות "שרברב הסדר"</b></p>

**פרק א' 1 - ביטוח סכום נוסף בבית משותף**

<p>סכום ביטוח נוסף לבית משותף _____ ₪ (לא יפחת מסכום ביטוח המבנה ולא יותר מפי שלושה מסכום ביטוח המבנה)</p>
--

**פרק ב' - ביטוח אחריות כלפי צד שלישי**

<p><b>ניתן להגדיל את גבול האחריות מעבר לגבול האחריות הסטנדרטי תמורת פרמיה נוספת</b></p>
<p>נא בחר את גבול האחריות המבוקש: <input type="checkbox"/> גבול אחריות סטנדרטי (בסיסי): עד 750,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 1,000,000 ₪</p>
<p>האם בחצרי ביתך נעשה שימוש בטרמפולינה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>
<p><b>הרחבות לביטוח אחריות כלפי צד שלישי - נא סמן את ההרחבה שהנך מעוניין לרכוש:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ביטוח חבות כלפי צד ג' בגין בריכה הכוללת מערכת סינון</p> <p><input type="checkbox"/> ביטוח חבות כלפי צד ג' בגין ג'קוזי חיצוני לדירה</p> <p><input type="checkbox"/> מעלון/ מעלון כיסא בתוך הדירה _____</p> <p><input type="checkbox"/> מכפיל חניה פרטי _____</p>

**1. פרטי המוטב הבלתי חוזר\***

שוהם				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
ספיר				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס

\*הוראה זו ניתנת לביטול או שינוי רק על-פי הוראה בכתב מאת "המוטב הבלתי חוזר"



**ז. פרטי הביטוח לכיסוי ההלוואות של המועמדים לביטוח**

הלוואה מספר 4	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 1	פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	"שוהם" סכומי הביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר)
				מספר הלוואה (מומלץ)	
				סכום הביטוח בש"ח*	
				תקופת הביטוח (בשנים) לא יותר מגיל 80	
ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	סוג ההלוואה	
ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%		
* סכום הביטוח יתעדכן מדי שנה בהתאם לטבלת השתנות סכומי הביטוח המוצגת לפוליסה. במקרה שסכום הביטוח, בקרות מקרה הביטוח, יעלה על יתרת ההלוואה, יהיו המוטבים זכאים ליתרת סכום הביטוח, לאחר תשלום למוטב בלתי חוזר.					
הלוואה מספר 4	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 1	פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	סכומי הביטוח קבועים לכיסוי הלוואה/ות בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף
				ספיר בפרמיה משתנה מדי שנה סכום הביטוח בש"ח	
				מספר הלוואה (מומלץ)	
80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	לגיל	

**הצהרות מבטוח לגבי הריבית הסופית של ההלוואה**

- 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 ההלוואה (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 ההלוואה והריבית הסופית בפוליסה.
- ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי ההלוואות 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 המועמדים לביטוח על תנאי ההלוואה:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

**ח. חבילת כיסויים ריסק משכנתא+\***

הערות	מועמד שני סכום ביטוח בש"ח	מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח	לגיל תום תקופה	סוג הכיסוי
	סכום ביטוח מינימלי 351,000 ש"ח, מקסימלי 1,500,000 ש"ח	_____ ש"ח	80	<b>ריסק יסודי ספיר</b> - פרמיה משתנה מדי שנה
	סכום ביטוח מקסימלי 750,000 ₪ סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".	_____ ש"ח	75	<input type="checkbox"/> <b>מוות מתאונה</b>
	סכום ביטוח מקסימלי 750,000 ₪ סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".	_____ ש"ח	65	<input type="checkbox"/> <b>נכות מתאונה</b>
1. השחרור מתשלום פרמיות במקרה של אובדן כושר עבודה תקף בעבור הכיסויים הכלולים בחבילה - ספיר, מוות מתאונה ונכות מתאונה. 2. אם לא נבחר גיל תום תקופת הביטוח, ירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 4. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.		_____ ש"ח	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	<b>שחרור בלבד - "מגן הכנסה"</b> - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים. <b>הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

\* החבילה תופק כפוליסה נפרדת לכל אחד מהמועמדים לביטוח, ההצטרפות לחבילה מותנת ברכישת שוהם בסכום מינימלי של 300,000 ש"ח, גיל הצטרפות מינימלי 35.

- לתשומת ליבך:**
- חבילת הכיסויים הנוספת מהווה הצעה נפרדת מההצעה לביטוח משכנתא ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המועמד לביטוח המשכנתא אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המועמד לביטוח במסגרת חבילה זו.
  - תקופת הביטוח לכיסויים המרכיבים את החבילה כמפורט יכולה להיות ארוכה או קצרה יותר מתקופת הביטוח של המשכנתא.
  - בתום תקופת ההנחה כפי שהוצגה בפניך תגבה פרמיה מלאה בגין כל כיסוי החבילה כמפורט בטבלת העלויות בדף פרטי הביטוח.



**ט. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי**

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

מועמד ראשי		מועמד 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-10 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	10 דם, טחול, מערכת החיסון
				יד	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס
				טו	12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)
				טז	13 מערכת השלד והשרירים
				יז	14 מערכת הראיה
				יח	15 אף, אוזן, גרון
				יט	16 מערכת המין והרבייה
				כ	17 מחלות ראוטיות
					18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
				א	19 האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?

מועמד ראשי	מועמד 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:** למועמד לביטוח מעל גיל 65 נדרש לצרף להצהרת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפול מרופא מטפל

חתימות המועמדים על הצהרת הבריאות			
תאריך	שם המועמד הראשי	חתימת המועמד הראשי	X
תאריך	שם המועמד השני	חתימת המועמד השני	X

הצה"ב 002

421 L009 הצעה לביטוח משולב למקרה מוות 06/2025



## הצהרת המועמד/ים לביטוח 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 המועמדים 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 המועמד הראשי X  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני X

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

#### לכבוד: המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

אני הח"מ המועמד הראשי \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_  
אני הח"מ המועמד השני \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידי, 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

## י. אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל X הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד X הראשון לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד X השני לביטוח

## יא. 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.
- 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 מעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- אני או מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המועמד לביטוח לצורך פניה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של ההרשאה.
- מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח ועבור כיסויי ביטוח חיים נמסרה גם טבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
- אם רכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי - במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למועמד לביטוח מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות, הסברתי למועמד כי הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
- אם המועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן X חתימת הסוכנות X לביטוח

## יב. 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.



**יג. הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח**

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.

**א. במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):**

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה  
**ב. במקרה והגן מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:**

מועמד ראשון	מועמד שני	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח ** - יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח

**ג. יש למלא בהצעה לרכישת פוליסה ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**

מועמד ראשון	מועמד שני	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים

**ד. יש למלא במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:**

מועמד ראשון	מועמד שני	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהוברה לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה

**פניות שיווקיות:**

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 03-7111192 (תא קולי). כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

י. 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.

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 חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי מסגרת פוליסות/ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו 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 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. 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. אני/ו החתום/ים מטה, (למעט מבוטח קיים בפוליסה קולקטיבית לכיסוי הלוואת משכנתא אצל המבטח וערך עסקת מחזור משכנתא, אצל מלווה שונה מהמלווה בפוליסה הקולקטיבית) המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ולביטוח מצהיר/ים כי הובא לידיעתנו כי פוליסה זו היא פוליסת ביטוח למשכנתא בתנאים ובתעריפים חדשים בכפוף לעריכת הליך חיתום וכי בעת מחזור משכנתא (ככל שקיימת פוליסה לביטוח חיים למקרה מוות אצל המבטח) ובתנאי שלא חל שינוי בסכום הביטוח ו/או הארכת תקופת הביטוח כפי שקיימת ערב מילוי ההצעה (לעיל ולהלן: "עסקת מחזור משכנתא"), באפשרותי לבקש מהמבטח המשך של הפוליסה הקיימת באותם התנאים ללא צורך בעריכת הליך חיתום.

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

ז. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צרכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שסיפק לה מידע לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

ח. אני מתחייב לשלם את כל הפרמיות והתשלומים האחרים הכרוכים בעריכת הביטוחים.

ט. לעניין ביטוח המבנה:

1.0 אני מסכים כי אם יחול שינוי בסיכון, תהיה רשאית כלל ביטוח להודיעני על דרישותיה להתקנת אמצעים להקלת הסיכון ולמלא אחר דרישותיה תוך המועד שקבעה.

2.0 מוסכם על הצדדים כי פוליסה זו (ביטוח מבנה משועבד) תחודש מדי שנה באופן אוטומטי, בהתאם לתנאי הפוליסה בשנה שקדמה ליחידושה, אלא אם כן תבוטל הפוליסה קודם לכן על ידי מי מהצדדים, בהתאם ובכפוף לכל דין.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה \_\_\_\_\_  
 שם המציע/בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X  
 שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X  
 שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X

\*\* הטיפול בבקשת הצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת



## 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.**

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

רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

- מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומציאו 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).  
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. 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.  
 ג. 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.
- 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.
- 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 \_\_\_\_\_ מס' הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת + חותמת סוכנות \_\_\_\_\_  
 \* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח  
 תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוחות \_\_\_\_\_

### תשלום בכרטיס האשראי

מספר כרטיס אשראי	תוקף

שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות

כתובת מגורים - רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

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 וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_



קוד מסמך: 1668

## הודעת ביטול פוליסה לפי חוזר צירוף לביטוח (נספח ג')

### עבור חברת הביטוח:

הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  ליברה  שלמה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG  שירביט

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_,  
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ שמספרה \_\_\_\_\_  
הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.  
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_.



תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח