



לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clalbit.co.il

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

כלל חברה לביטוח בע"מ

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

הצעה לביטוח "חבילת חובה לעצמאים"

א. פרטי המועמדים לביטוח

המועמד הראשי לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני	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 ראשי לביטוח	מועמד שני לביטוח
☐ 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 הנייד), 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*.

המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני	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 שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי ימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

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

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

**ב. פרטי המוטבים במות המבוטח (בחי המבוטח ובתום תקופת הביטוח)***

מבוטח ראשי							
שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
				☐ זכר ☐ נקבה			
				☐ זכר ☐ נקבה			
				☐ זכר ☐ נקבה			
☐ לפי צוואה ☐ יורשים חוקיים ☐ חברה _____ רשום ח"פ _____							
מבוטח שני							
שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
				☐ זכר ☐ נקבה			
				☐ זכר ☐ נקבה			
				☐ זכר ☐ נקבה			
☐ לפי צוואה ☐ יורשים חוקיים ☐ חברה _____ רשום ח"פ _____							

*המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המועמד הראשי לביטוח (המבוטח)

ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח _____	אופן התשלום ☒ חודשי	אופן הגבייה ☐ כרטיס אשראי ☐ הוראת קבע
--------------------------	---	---

ד. סוג התכנית: פרופיל דינמי הדור החדש - עצמאי (מוכר כקופת גמל לעצמאים)

סוג הפקדה	הפקדה בש"ח	סוג הכספים	דמי ניהול	לגיל
חודשית		הפקדה שוטפת	4% _____%	גיל המועמד לביטוח בתום תקופת הביטוח* (אם לא תסמן, הגיל יקבע עפ"י גיל 68)
חד פעמית		חיסכון מצטבר	1.05% _____%	☐ 60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 65

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל): ☐ תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים ☐ תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים הערות: יש למלא "הצהרה להלבנת הון"

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/aboutclalinsuranc/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.



ה. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש – עצמאי"

למבוטח הבוחר במסלול השקעה כספי (שקלי):		
סמן את בחירתך: (חובה)		
תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 ☐ 12 ☐ 6 ☐		
מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:		
שם מסלול השקעה	מספר מסלול	
מודל השקעות תלוי גיל ¹		☐
מסלול לבני 50 ומטה ²	9659	☐
מסלול לבני 50 עד 60 ²	9660	☐
מסלול לבני 60 ומעלה ²	9661	☐
אשראי ואג"ח	4	☐
הלכה	205	☐
מניות ³	9	☐
עוקב מדד S&P 500 ³	13346	☐
עוקב מדדים – גמיש	14247	☐
עוקב מדדי מניות ³	14796	☐
משולב סחיר	14246	☐
אג"ח סחיר	15442	☐
מניות סחיר ³	15443	☐

במידה ולא ייבחרו שדות אלו תיקבע תקופה של 24 חודשים כברירת מחדל וכן יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת מחדל.

מסלולי השקעה	% השקעה
מודל השקעות תלוי גיל ¹	
מסלול לבני 50 ומטה ²	
מסלול לבני 50 עד 60 ²	
מסלול לבני 60 ומעלה ²	
אשראי ואג"ח	
הלכה	
מניות ³	
כספי (שקלי)	
עוקב מדד S&P 500 ³	
עוקב מדדים – גמיש	
עוקב מדדי מניות ³	
משולב סחיר	
אג"ח סחיר	
מניות סחיר ³	
סה"כ	100%

*לתשומת ליבך במידה ולא נבחר מסלול השקעה, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל.

- 1 מסלול ההשקעה תלוי גיל הינו מסלול בו רמת הסיכון של ההשקעה משתנה אוטומטית בהתאם לגילו של החוסך ללא צורך בהעברת בקשה
- 2 מסלול ההשקעה אינו משתנה אוטומטית בהתאם לגילך. שינוי במסלול ההשקעה יבוצע רק לאחר בקשה בכתב שתועבר למשרדי החברה.
- 3 מבוטח הבוחר במסלול השקעה מניות ו/או עוקב מדד S&P 500 ו/או מניות סחיר זכאי להלוואה מקסימלית בפוליסה בשיעור שלא יעלה על 60% מרכיב התגמולים בפוליסה

ו. כיסויים ביטוחיים "פרופיל דינמי – הדור החדש – עצמאי"

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	אופן רכישת הכיסויים הביטוחיים
כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" ^{***}	פיצוי ושחרור ^{***} הרחבות: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה ☐ הגדלת גג חתם ל-25% ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	ש"ח _____	גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	בנוסף לתגמולים
	☐ שחרור בלבד הרחבות: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ הגדלת גג חתם ל-25% ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש			
	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח. ^{****}		☐ 62 ☐ 60 ☐ 65 ☐ 64	

- * סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי אבדן כושר עבודה כפוף למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על פי האמור בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה מגן הכנסה ובכפוף להסדר התחיקתי או למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מעל ההפקדות לקופת גמל, בכפוף להנחיות הרשות וההסדר התחיקתי
- ** בעת רכישת/ הגדלת "מגן הכנסה" יש לצרף ד"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: פרנצי'זה 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.

כלל חברה לביטוח בע"מ



ז. הפקדות חד פעמיות

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל

לתשומת לבך:

- בהעברות כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים).
- המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי הקצבה.

הפקדה חד-פעמית שאינה במסגרת העברה בין קופות גמל

חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח" סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה

מעמד העמית בקופה המקבלת: ☐ עצמאי ☐ שכיר (לאחר עזיבה בלבד)

סוג הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת
כספים הוניים	☐ הון (בלא שינוי) ☐ תכנית לקצבה
כספים קצבתיים	☒ תכנית לקצבה

מטרת ההפקדה	פיצויים	תגמולים
סכום ההפקדה		

ח. קצבה מיידיית

- ☐ מעוניין לבצע הפקדה/ות ו/או נידוד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הנידוד, לפי המאוחר.
- הערות:** 1. לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים.
2. לצורך קבלת הקצבה יש למלא ולהגיש לחברה טופס "בקשה לקבלת מידע על אפשרויות קצבה" או טופס "בקשה למימוש זכויות בקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים", לפי העניין.

ט. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח _____ אופן התשלום ☒ חודשי אופן הגבייה ☐ כרטיס אשראי ☐ הוראת קבע

י. כיסויים ביטוחיים בפוליסה מסוג "ספיר"

• הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר (מסוג ספיר בפרמיה משתנה). • תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום למטה, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי. • ההצעה למועמד הראשי והמועמד השני, מהוות הצעות נפרדות ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המבוטח הראשי או השני, אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המבוטח הראשי או השני בהתאמה.

סוג הכיסוי	לגיל	מועמד ראשי סכום הביטוח	לגיל	מועמד שני (פוליסה נפרדת) סכום הביטוח
ספיר ביטוח חיים במקרה מוות בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי) כל שנה	80	ש"ח _____	80	ש"ח _____
מוות מתאונה*	75	ש"ח _____	75	ש"ח _____
נכות מתאונה*	65	ש"ח _____	65	ש"ח _____
כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67: 60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67 ☐	פיצוי ושחרור*** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ ביטול קיזוז ביטוח לאומי ☐ בתאונות עבודה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67: 60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67 ☐	פיצוי ושחרור*** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ ביטול קיזוז ביטוח לאומי ☐ בתאונות עבודה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש
	בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח****	☐ שחרור בלבד הרחבות****: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש		☐ שחרור בלבד הרחבות****: ☐ עיסוק ספציפי ☐ פרנצי'זה ☐ קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

* סכום הביטוח לכיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".

** בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח.

*** 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: פרנצי'זה 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.



יא. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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. במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד ראשון	מועמד שני	
☐	☐	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
☐	☐	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
☐	☐	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	
☐	☐	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים ביד ו/או 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	
☐	☐	בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר 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 (תא קולי) 03-7111192. כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

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 במסגרת 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 הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. במעמד עצמי - ידוע לי, כי בקורת מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החדשים להם אהיה זכאי/ת לגובה שלא יעלה על 75% מהכנסתי מעבודה בפועל* (ולא מהכנסה צפויה מעבודה) ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או בתקופה ממועד תחילת הביטוח ועד מועד קרות מקרה הביטוח, אם חלפו פחות מ-12 חודשים).

ו. הנני מצהיר כי ההכנסה מעבודה (השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה) שאני צפוי/ה להרוויח תעמוד על סך של _____ ש"ח לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

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

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

ט. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.

בביטוח חיים ואובדן כושר עבודה שנערך שלא אגב חיסכון פנסיוני ועבור ביטוח מחלות קשות

☐ במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתייג את אישורי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח,

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח _____
תאריך _____ תאריך _____
השני לביטוח X

* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים (1)2 - 1 (2) לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס.
** הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

יב. הצהרת המועמד לביטוח בדבר הגבלת הפקדה והעברת כספים

אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה שהסכומים שיופקדו ו/או יועברו לפוליסה החדשה הינם מעל התקרה המותרת: עבור שכיר הסכומים שיופקדו/יועברו הינם על חלק השכר העולה על פעמיים השכר הממוצע במשק מוכפל ב-20.5%. עבור עצמאי הסכומים שיופקדו/יועברו הינם בתנאי שבאותה שנת מס ביצעתי הפקדות לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח בסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית כפול 12.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

יג. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים המשווקים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X חתימת המועמד השני XX

יד. אישור תנאי קבלה מיוחדים

☐ אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%
תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

כלל חברה לביטוח בע"מ



טו. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

1. אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, 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.
2. 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.
3. אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את היידוע בעניין השימוש במידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.
4. 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.
5. אני מצהיר/ה שערכתי את כל הבדיקות הנדרשות לבחינת הפקדה/העברת כספים לפוליסה החדשה, ויידעתי את המועמד לביטוח כי הסכומים שיועברו ו/או שיופקדו בפוליסה החדשה הינם בגין חלק השכר העולה על פעמיים השכר הממוצע במשק מוכפל ב-20.5%, ולעצמאי מעבר לסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית כפול 12 שהופקד באותה שנת מס לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח, והכל בהתאם ובכפוף להסדר התחיקתי.
6. ☐ **ביטוח שנערך שלא אגב חסכון פנסיוני**
- 6.1 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.
- 6.2 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.
- 6.3 אני או מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המועמד לביטוח לצורך פנייה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של ההרשאה.
- 6.4 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.
- 6.5 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.

חתימת הסוכנות X

חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ/הסוכן הפנסיוני X

תאריך _____

טז. הלבנת הון

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

יז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח – יש להקריא למועמד ולסמן במידה ומבקש

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
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) כמופיע בספרי הבנק ("הלקוחות"):

מספר זהות/ח.פ.		שם בעלי חשבון הבנק		פוליסה לעדכון	
				☐ כל הפוליסות ☐ מס' פוליסה/ות לעדכון _____	
רחוב		מספר	יישוב	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).
 - 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.
- 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.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
4. 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 הלקוחות _____

תשלום כרטיס האשראי

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



יח. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

1. פרטים כלליים

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

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני	כן	לא	כן	לא
1.	האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?					
2.	האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?					

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

אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני	כן	לא	כן	לא
א	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.				
ב	2.	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.				
ג	3.	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.				
ד	4.	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.				
ה	5.	בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.				
ו	6.	במערכת העיכול - לרבות החרז ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.				
ז	7.	בקע / הרניה - לרבות מפשעית, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.				
ח	8.	בכבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.				
ט	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 פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.				
י	10.	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.				
יא	11.	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.				
יב	12.	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.				
יג	13.	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.				
יד	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 פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.				
יט	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 פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.				
כ	18.	מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה.				



תאריך	שם המועמד הראשי	חתימת המועמד הראשי לביטוח	X
תאריך	שם המועמד השני	חתימת המועמד השני לביטוח	X

השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח
(יישוב 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 הניי מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשומתי אודותי, 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.

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 ילדי 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 ישמש 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 _____

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____, _____,
ת.ז. _____, אשר זוהו/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני.
תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת וחותמת הסוכן X _____



הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
(צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו ☐ יועץ פנסיוני ☐ סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	דואר אלקטרוני	

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל.
☐		☐
☐		☐

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.

* אם מועבר מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".

* בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* **אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. **ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים) שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:**

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

☒ **חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.**

2. **תוקפו של יפוי הכוח**

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים עד ליום

זלריאה באתי על החתום

חתימת הלקוח	תאריך החתימה
שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני
	תאריך חתימה

1 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.

2 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.

3 "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלולי ביטוח, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.

4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(2)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

5 "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.