





**ד. פרטי המועמד לביטוח – חובה למלא אם המועמד לביטוח שונה מבעל הפוליסה (חובה לצרף צילום תעודה מזהה)\***

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	מס' ילדים	מס' טלפון
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני	@		
מקצוע/עיסוק			

\* נא תשומת לבך, כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי יעודכנו הפרטים הבאים: שם, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה ומין על פי הרשום במרשם האוכלוסין במשרד הפנים. האמור יחול גם לגבי פוליסות ביטוח חיים אחרות, ככל שקיימות בבעלותך.  
\*\* קביעת הגיל לצורכי הפוליסה לרבות הכיסויים הביטוחיים היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

**ה. הצהרת בעל פוליסה שהוא תאגיד**

1. **משיכת החיסכון המצטבר בתום תקופה:**  
מוצרה בזאת, כי התקשרותי בפוליסה מסוג "חיסכון פיננסי לעתיד" – הפקדה שוטפת" ו/או "חיסכון פיננסי לעתיד" – הפקדה חד פעמית", הינה בהתאם להסכם שנחתם ביני לבין המועמד לביטוח, והנני מתחייב כי החיסכון המצטבר בפוליסה בתום תקופת הביטוח ייועד לטובת המועמד לביטוח בלבד, והכל בכפוף להוראות הפוליסה ולהסדר התחיקתי.

2. **משיכת החיסכון המצטבר במהלך תקופת הביטוח:**  
החברה תשלם לבעל הפוליסה את החיסכון המצטבר שנמשך בתוך 30 ימים מהיום שבו הגיעו למשרדי החברה בקשה כתובה וכל המסמכים הדרושים לתשלום החיסכון המצטבר. ואולם אם היה בעל הפוליסה, חבר בני אדם או תאגיד, תשלם לו החברה את החיסכון המצטבר בכפוף לכך שהתקיים אחד מהתנאים הבאים לפחות:

א. בהתאם להצהרה של בעל הפוליסה כי המשיכה היא לצורכי תשלום מענק פרישה 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 \_\_\_\_\_ בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת

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

האם הנך אזרח ארה"ב?	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
האם הנך יליד ארה"ב?	האם התאגיד/מעסיק הינו יישות אמריקאית?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, יש להמציא טופס W8ben-e <input type="checkbox"/> כן, יש להמציא טופס W9
פוליסה בבעלות תאגיד/מעסיק	מקום התאגדות התאגיד/מעסיק?
	<input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> ארה"ב <input type="checkbox"/> אחר

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

**עבור פוליסות פרט בבעלות תאגיד יש למלא גם טופס תאגידים CRS**

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב?  
 לא  כן

שם מלא באנגלית: \_\_\_\_\_ כתובת מלאה באנגלית: \_\_\_\_\_

מספר בית	רחוב	עיר
מספר מזהה לצרכי מס (*TIN בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)	המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצורכי 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



ח. פרטי המוטבים						
המוטבים במוט המועמד לביטוח						
<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
המוטב למקרה חיים (בתום תקופת הביטוח)						
המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח אחרת מלא פרטים להלן:	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%

ט. 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*	<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית בלבד (מינימום 10,000 ש"ח)	<input type="checkbox"/> הפקדה שוטפת חודשית בלבד (מינימום 400 ש"ח)	במידה ואמצעי התשלום אינו של אחד המועמדים לביטוח, יש לקבל אישור של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבוננו: אני מאשר כי קיבלתי את אישורו של בעל אמצעי התשלום. חתימת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>
גיל תום תקופת הביטוח הפקדה חד פעמית <input type="checkbox"/> גיל 95 הפקדות שוטפות <input type="checkbox"/> גיל 95 <input type="checkbox"/> גיל _____	<input type="checkbox"/> מצ"ב המחאה אישית <input type="checkbox"/> בהעברה בנקאית לחשבון 12-600-480609 (חובה לצרף העתק של מסמך העברה) הסכום _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (ניתן לשלם כאשר דמי ניהול מההפקדה השוטפת הינם לא פחות מ-1.7%) הסכום _____ ש"ח	

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

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**, בכך _____ (מינימום 500 ₪) ("התשלום החודשי")***						
<input type="checkbox"/> תשלום חודשי צמוד למדד <input type="checkbox"/> תשלום חודשי לא צמוד למדד						
מועד התשלום החודשי <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 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 כדון, 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.						
<b>אבקשם להעביר את התשלום החודשי לחשבון הבנק שלי שפרטיו:</b>						
שם בעל החשבון	תעודת זהות	חשבון מספר	שם הבנק	בנק מספר	סניף מספר	שם הסניף
חתימת המבוטח <input checked="" type="checkbox"/> _____						
בהתאם לצו איסור הלבנת הון יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח, הצהרת בעל פוליסה, הצהרת מקבל התשלום לפי התוספת השלישית לצו. ככל שמקבל התשלום החודשי איננו בעל הפוליסה יש למלא את פרטי הנהנה בשאלון הכר את הלקוח.						

יא. דמי ניהול		
סוג הפקדה	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר
<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית	0%	<input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> _____%
<input type="checkbox"/> הפקדה שוטפת	<input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> _____%	1.25%

## יב. מסלולי השקעה

### חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדה חד פעמית

מסלול השקעה	מניות	אג"ח	שקלי	כהלכה	אג"ח עד 15% מניות	כללי	סה"כ
% השקעה							100%

### חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדה שוטפת

מסלול השקעה	מניות	אג"ח	שקלי	כהלכה	אג"ח עד 15% מניות	כללי	סה"כ
% השקעה							100%

אם לא נבחר מסלול השקעה יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי

## יג. 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. בהגעתך לגיל \_\_\_\_\_ יפוג תוקף הפוליסה ותמשוך את הכספים שנצברו לזכותך כסכום חד-פעמי.

סה"כ ההפקדה החד פעמית לחסכון \_\_\_\_\_ ש"ח.

סה"כ ההפקדה החודשית לחסכון \_\_\_\_\_ ש"ח.

הסכום החד פעמי הצפוי לגיל \_\_\_\_\_ בריבית ברוטו בשיעור של 4% בניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת בשיעור \_\_\_\_\_% ובניכוי דמי ניהול מהחיסכון המצטבר בשיעור \_\_\_\_\_% יהיה \_\_\_\_\_ ש"ח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן X

חתימת המועמד לביטוח XX

## יד. הלבנת הון

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

## טו. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

### הצהרות המועמדים מתייחסות לכל חלקי ההצעה, לרבות בגין נספחי הכיסויים הביטוחיים

- אני/ החתום/ים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.
- 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. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ד. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.
- ה. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.
- ו. 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.
- ז. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי 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 מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.
- שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:**
- אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מידע) לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים (ישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים) לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לטווח הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה או מספקים לה שירותים.
- אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוב אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.
- אני מאשר.**
- ולראיה באתי/נו על החתום:**
- תאריך \_\_\_\_\_
- חתימת בעל הפוליסה X \_\_\_\_\_
- חתימת המועמד לביטוח XX \_\_\_\_\_



### הצהרה והסכמה בעניין יעוץ השקעות בפוליסות חיסכון פיננסי לעתיד

אני מצהיר ומסכים בזה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי לייעץ לגבי ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה, אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם יועץ/משווק השקעות מורשה מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות ותשואות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה  חתימת המועמד לביטוח

### הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמדי/ים לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה המשווק  הסוכן הפנסיוני/היועץ

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו במוקד שירות לקוחות כלל בטלפון שמספרו \*5454 לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.



**תנאים להטבה\***

**"חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדות שוטפות"** בהפקדה חודשית שוטפת בגובה 500 ש"ח לפחות\*\*  
**"חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדה חד פעמית"** בהפקדה חד פעמית בגובה 100,000 ש"ח לפחות

(ההטבה היא אחת לכל מבוטח בעת ההצטרפות ואינה ברמת פוליסה ומיועדת למצטרפים מגיל ביטוחי 20 עד גיל ביטוחי 60).  
 מובהר, כי ההטבה לא תחול אם בחר המבוטח בהפקדה חד פעמית עם אפשרות לתשלום פדיון חלקי לשיעורין מידי חודש (תשלום חודשי).

**הטבה מיוחדת לכיסויי ביטוחיים - ללא עלות לכל חיי הפוליסה.**

הכיסוי הביטוחי	גיל תום הביטוח	סכום הביטוח בש"ח
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	65	20,000 ש"ח

**פרטי המועמד לביטוח - לפי הרשום בתעודת הזהות (חובה לצרף צילום תעודת זהות)**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

**תאריך התחלת הביטוח**

01/\_\_\_/20\_\_\_

**הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי:**

האם נקבעה לך נכות של 25% ומעלה ו/או האם הינך מצוי בהליך לקביעת נכות על ידי מוסד כלשהו?  לא  כן

**הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית**

<p><b>(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)</b>  <b>לכבוד:</b> המוסד לביטוח לאומי</p> <p>קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי          אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____</p> <p>א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידיה, 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</p>	<p>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.</p> <p>ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>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 נתני השירותים הנ"ל.</p> <p><b>ולראיה באתי על החתום:</b></p> <p>תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	--

**הצהרת הסוכן**

<p>בחתימתי זו אני מאשר כי _____, תעודת זהות _____ המוכר לי אישית/ אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.</p> <p>תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/></p>
---

\* החברה רשאית להפסיק את המבצע בכל עת

\*\* בפוליסה מסוג "חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדות שוטפות" תינתן ההטבה כל עוד הפוליסה פעילה והמבוטח מפקיד בה הפקדות שוטפות



שם המועמד לביטוח/מבוטח
מספר ת.ז.
מספר הצעה/פוליסה

## פרטי כרטיס האשראי

מספר כרטיס אשראי	בתוקף עד	סוג הכרטיס
מספר זהות	שם בעל כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינירס <input type="checkbox"/> ישראלרנט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר
מיקוד	מספר	כתובת: רחוב
תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X _____		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.

## בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך \_\_\_\_\_

מספר חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב) כלל חברה לביטוח בע"מ	

אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לכבוד \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_  
 סניף הבנק \_\_\_\_\_  
 כתובת הסניף \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 או -  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - ש"ח \_\_\_\_\_  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אנו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")

כתובת \_\_\_\_\_ (רחוב) \_\_\_\_\_ (מספר) \_\_\_\_\_ (עיר) \_\_\_\_\_ (מיקוד)

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו, וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח / חיובים על פי הסכם הלוואות. מהות/סוג התשלום

- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
  - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
  - 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 יעשה 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

### 5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן

הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_ כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז. / רישיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן/סוכנת \_\_\_\_\_ מס' הסוכן/סוכנת \_\_\_\_\_ חתימת + חותמת סוכנת \_\_\_\_\_

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

חתימת הלקוחות X \_\_\_\_\_

## כלל חברה לביטוח בע"מ

