

הצעה לביטוח חיים "חבילת כלל ביטוח למשפחה"

שם משפחה _____ שם פרטי _____ טלפון _____

מין ז נ תאריך לידה _____ מצב משפחתי רווק נשוי גרוש _____

מקצוע / עיסוק _____ אלמן ילדים _____ טלפון נייד _____

תאריך _____ תחביבים מסוכנים _____ מייל _____

טבלה זו נועדה לשמש אותך הסוכן ואת הלקוח על מנת לברר את צרכי הלקוח להתאים אליו את סוגי הביטוח. במסגרת תהליך זה, אין באמור כדי למצות את כל הבדיקות שיתכן ויש לערוך והוא נועד להוות כלי עזר בלבד. האמור אינו מחליף או ממצה את חובותיך הדרושות כסוכן על פי דין.

הערות	סכום ביטוח	האם קיים כיסוי	סוג ביטוח	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מקרה מוות	סכון ארוך טווח
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אובדן כושר עבודה	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	נכות מתאונה	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מוות מתאונה	בראות *
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ניתוחים	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	השתלות ותרופות	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סיעודי	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מחלות קשות	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	הגנה עצמית פלוס	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	רכב	ביטוח כללי *
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	דירה (משכנתא)	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תאונות אישיות	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	משרד / עסק	

* לרכישת כיסויים מסוג "בראות" ו/או "ביטוח כללי" יש למלא הצעה לביטוח נוספת לפי העניין



כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר הצעה	_____

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הצעה לביטוח חיים - וחבילת "כלל ביטוח למשפחה"

א. פרטי בעל הפוליסה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות/ח"פ (אם חברה בע"מ)	מין	תאריך לידה
כתובת מגורים	רחוב	מס' / ת"ד	ישוב	מספר הפקס
מספר הנייד	מספר טלפון	דוא"ל	@	

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:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני 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 הלקוחות בטלפון *5454

ב. פרטי המועמד לביטוח - לפי הרשום בתעודת הזהות (חובה לצרף צילום תעודה מזהה)*

המועמד השני לביטוח				פרטים		המועמד הראשי לביטוח				
המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מס' זהות	תאריך לידה**	מס' / ת"ד	המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מס' זהות	תאריך לידה**
נ	ז	נ	ז	נ	ז	נ	ז	נ	ז	נ
שם הרופא	קופת החולים	שם הרופא	קופת חולים	שם הרופא	קופת חולים	שם הרופא	קופת החולים	שם הרופא	קופת החולים	שם הרופא
כתובת מגורים	רחוב	מס' / ת.ד.	ישוב	מס' / ת.ד.	ישוב	כתובת מגורים	רחוב	מס' / ת.ד.	ישוב	מס' / ת.ד.
מספר הטלפון	מספר נייד	מספר הפקס	דוא"ל	מספר הפקס	דוא"ל	מספר הטלפון	מספר נייד	מספר הפקס	דוא"ל	מספר הפקס
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)				האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות?		<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)				
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)				האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?		<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)				
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)				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)?		<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)				
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				האם הנך שוה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?		<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
המוטבים במות המועמד השני				המוטבים לביטוח אם מבוקש***		המוטבים במות המועמד הראשי				
4	3	2	1	שם משפחה שם פרטי מספר זהות תאריך לידה		4	3	2	1	שם משפחה שם פרטי מספר זהות תאריך לידה
%	%	%	%	יחס קרבה חלק ב- %		%	%	%	%	יחס קרבה חלק ב- %
<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה				רשום ח"פ _____		<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> חברה				

* 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 למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוחי").

*** המוטבים לכיסוי ברקת נא למלא בסעיף ה'.

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה
01/___/20___	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> אופן התשלום	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע



הערות	סכום הביטוח בש"ח		לגיל	סוג הכיסוי
	מועמד ראשי לביטוח	מועמד שני לביטוח		
סכום ביטוח מינימלי 500,000 ש"ח*			70	<input type="checkbox"/> ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה
סכום ביטוח בסך 100,000 ש"ח בגין כל ילד, מקסימום 3 ילדים			70	<input type="checkbox"/> ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות ב פרמיה משתנה מדי שנה
סכום ביטוח מקסימלי 750,000 ש"ח			65	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה**
סכום ביטוח מקסימלי 750,000 ש"ח			65	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה**
1. יירכש למועמד הראשי בלבד. 2. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח.			<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. הרחבות***: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנציזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 ח'

* סכום ביטוח מקסימלי הינו 2,000,000 לרבות סכום הביטוח הנרכש בגין כל ילד. ** סכום הביטוח לנכות ומוות מתאונה לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר". *** לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנציזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

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

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
1				
2				
3				

הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי - יש למלא בעת רכישת "כלל ביטוח למשפחה"

שם המועמד הראשון	שם המועמד השני	משקל _____ ק"ג	גובה _____ ס"מ
------------------	----------------	----------------	----------------

מועמד 1		מועמד 2	
לא	כן	לא	כן
האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל:			
		אות השאלון*	
		ג	מערכת העצבים והמוח
		ד	נפש
		ה	דרכי הנשימה, ריאות
		ו	עור
		ז	לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות)
		ח	מערכת העיכול
		ט	כבד, במרה, בלבב
		י	כליות בדרכי השתן וערמונית
		יא	מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)
		יב	דם, טחול, מערכת החיסון
		יג	מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס
		יד	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני).
		טו	מערכת השלד והשרירים
		טז	מערכת הראיה
		יז	אף, אוזן, גרון
		יח	מערכת המין והרבייה
		יט	מחלות ראומטיות
		כ	האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
		כא	האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?

מועמד 1		שאלות נוספות		מועמד 2	
לא	כן	לא	כן	לא	כן
		1	האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?		פרט את שם התרופה _____ ואת הסיבה _____
		2	האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?		פרט: _____
		3	האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה?		אם כן, נא מלא שאלון כא-כב
		4	האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.		אם כן, נא מלא שאלון כג

חתימת המועמד על הצהרת הבריאות: _____

חתימת המועמד הראשון לביטוח **X** _____

חתימת המועמד השני לביטוח **X** _____

תאריך _____

הערה: נא לחתום על סעיף ויתור על סודיות רפואית (ט)



ה. כיסויים ביטוחיים - לא במסגרת חבילת כלל ביטוח למשפחה (יש למלא הצהרת בריאות מלאה בסעיף ז)

- הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שבבחר. • תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, 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.

מועמד ראשי		מועמד שני (פוליסה נפרדת)	
לגיל	סכום הביטוח בש"ח	לגיל	סכום הביטוח בש"ח
70	ש"ח _____	70	ש"ח _____
65	ש"ח _____	65	ש"ח _____
65	ש"ח _____	65	ש"ח _____
21	ש"ח _____	21	ש"ח _____
<p>פיצוי ושחרור**</p> <p>סכום הפיצוי החודשי _____ ש"ח</p> <p>הרחבות***:</p> <p><input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי</p> <p><input type="checkbox"/> פרנצי'זה</p> <p><input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 ח'</p> <p><input type="checkbox"/> שחרור בלבד</p> <p>הרחבות***:</p> <p><input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי</p> <p><input type="checkbox"/> פרנצי'זה</p> <p><input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 ח'</p>		<p>סוג הכיסוי</p> <p>ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי)</p> <p>◀ כל שנה <input type="checkbox"/> כל שנה <input type="checkbox"/> כל 5 שנים <input type="checkbox"/></p> <p>מוות מתאונה*</p> <p>נכות עקב תאונה*</p> <p>נכות מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות</p> <p>כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"****</p> <p>עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה</p>	
<p>אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67</p> <p>60 <input type="checkbox"/></p> <p>62 <input type="checkbox"/></p> <p>64 <input type="checkbox"/></p> <p>65 <input type="checkbox"/></p> <p>67 <input type="checkbox"/></p> <p>בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח</p>		<p>אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67</p> <p>60 <input type="checkbox"/></p> <p>62 <input type="checkbox"/></p> <p>64 <input type="checkbox"/></p> <p>65 <input type="checkbox"/></p> <p>67 <input type="checkbox"/></p> <p>בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח</p>	

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

** סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או מועד 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 הרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

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

ביטוח למקרה מוות - ברקת בפרמיה משתנה מדי שנה: תום תקופת הביטוח תקבע לא יאוחר מגיל 70 של המועמד לביטוח						
פרטי המוטבים במוות המבוטח הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח		
שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ת.ז.	תק' הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי
						ביטוח יסודי
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף
פרטי המוטבים במוות המבוטח השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח		
שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ת.ז.	תק' הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי
						ביטוח יסודי
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף
						ביטוח נוסף

ביטוח מחלות קשות. יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש (יופק כפוליסה נפרדת במסגרת חטיבת בריאות)						
יש לציין את שם המועמד לביטוח ואת סכום הביטוח הנרכש בש"ח	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
שם המועמד						
מדיכלל מחלות קשות 32 (גיל כניסה 60-1)						
מדיכלל פיצוי סרטן (גיל כניסה 60-1)						



ו. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברת הביטוח 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. 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. 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 יז נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. 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").

ו. **אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוססים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.**

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

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

ט. ידוע לי, כי בקורת מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החודשי 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).

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיוגד לידי הקבוצה בקשר אליו, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו 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 לסוכן 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 חיג 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.

איני מאשר.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה _____ תאריך _____

חתימת המועמד השני לביטוח _____ תאריך _____

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

יש למלא בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי שאיננה אגב מכירה פנסיונית ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

בכונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים.

במידה וקיים מוצר דומה אולם בכונתי לבטל אותו ולרכוש את המוצר המוצע במקומו, יש להעביר לחברה בקשת ביטול טרם הרכישה החדשה.

ז. 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 מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוסס 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 מעלה והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות תהליך ההתאמה במידה ונדרש.

חתימת הסוכן _____ תאריך _____

חתימת המועמד לביטוח _____

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

חתימת המועמד לביטוח _____ תאריך _____

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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 במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.



ז. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי (לרוכשים כיוסיים בסעיף ה)

כתוב בלשון יחיד, תקף גם ללשון רבים

1. פרטים כלליים

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
2			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
3			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
4			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

אות השאלון	מועמד 1				מועמד 2			
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								



4. שאלות נוספות								מועמד 1		מועמד 2		
אות השאלון ↓								כן	לא	כן	לא	
ילד 4	לא	כן	ילד 3	לא	כן	ילד 2	לא	כן	לא	ילד 1	לא	כן

חתימות המועמדים על סעיפים 1-4 הכוללים את הצהרת הבריאות

תאריך	שם המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח
תאריך	שם המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

ח. הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

(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 _____ מס' ת.ז. _____
אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

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

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 _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____
מספר זהות _____ חתימה X _____
תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____
מספר זהות _____ חתימה X _____

הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____,
המוכר/ים לי אישית אשר זוהה/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותרת הסוכן X _____



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

גבייה מאמצעי תשלום קיים
האם אתם מאשר שהגבייה בגין הכיסוי הביטוחי שנרכש תבצע באמצעי תשלום קיים במסגרת פוליסת חיים/ בריאות שמסתיים בספרות _____ ? כן / לא *

אישורו של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבונו: X
* במידה ולא מאושר לגבות מאמצעי תשלום קיים, יש למלא אמצעי גבייה עדכני

שם בעל אמצעי התשלום _____ חתימת בעל אמצעי התשלום X

פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> ויזה	<input type="checkbox"/> דינרס
	<input type="checkbox"/> ישראל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
כתובת	רחוב	מספר
	יישוב	מיקוד
<p>שומר 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 שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p>		
<p>תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X</p>		

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד _____
בנק _____
סניף הבנק _____
כתובת הסניף _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או -
הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב- _____ ₪.
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום- _____ / _____ / _____

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

1. אנו הח"מ _____ מס' זהות / ח"פ _____ ("הלקוחות")
שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____
כתובת _____ (רחוב) _____ (מספר) _____ (עיר) _____ (מיקוד)

מספר חשבון _____

קוד המוסד (המוטב) 628
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)

שם המוסד (המוטב) כלל חברה לביטוח בע"מ

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עור מדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

מבקשים בזה להקים בחשבונו 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.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה 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 ע"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.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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.
- ט. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
- י. 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 הרשאה 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 / רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן / הסוכנת _____ מס' הסוכן / הסוכנת _____ חתימה + חותמת סוכנות _____

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

חתימת הלקוחות X

