

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	

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

הצעה להעברת צבירות ללא הפקדה שוטפת (במסגרת הוראות העברה בין קופות גמל)

א. פרטי המעסיק - ימולא במקרה של העברת כספי עמית שכיר טרם עזיבת העבודה

השם	מספר החברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה					מספר מעסיק ב"כלל"
רחוב	מס"ת"ד	יישוב	מיקוד	שם איש הקשר	מספר הטלפון	מספר הפקס

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

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות*	תאריך הלידה**
המין	המצב המשפחתי	ילדים	האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (לענין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		
כתובת מגורים	רחוב	מס"ת"ד	יישוב
המקצוע / העיסוק	מספר הטלפון	מספר הפקס	מיקוד

אני מאשר שכלל תשלח אליי, במקום באמצעות הדואר, מסמכים והודעות בקשר למוצרים שלי בקבוצת כלל, לרבות הודעות על פי דין לכתובת הדואר האלקטרוני @_____. או באמצעות אתר האינטרנט של החברה אני מסכים/ה כי כל הדוחות השנתיים שעלי לקבל מכלל חברה לביטוח בע"מ וכלל פנסיה וגמל בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שמפורט לעיל ו/או יוצגו באתר האינטרנט של החברה וזאת במקום באמצעות הדואר

* 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 היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה

ג. פרטי המוטבים

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס / קרבה	חלק ב-%
<input type="checkbox"/> לפי צוואה	<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים	<input type="checkbox"/> חברה	רשום ח"פ _____		

ג. תאריך תחילת הביטוח - תאריך תחילת הביטוח הינו הראשון לחודש מסירת בקשות הנידו בחברת הביטוח

ד. בחירת תכנית הביטוח

"פרופיל דינמי הדור החדש לעצמאי, ומנהלים לעובדים שכירים" סוג התכנית דמי ניהול מחיסכון מצטבר	תכנית לקצבה <input type="checkbox"/> 0.8%
	גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אם לא תסמן, הגיל יקבע על פי גיל 67

ה. הפקדות חד-פעמיות

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"		
סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה	מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	לתשומת לבך: 1. בהעברת כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאלה מועברים הכספים). 2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה. 3. בפוליסה המבוססת על סעיף 47 (ב') (2), יש למלא "הצרת הלבנת הון" 4. יש להחתיים את המבוטח על הבקשה להעברת כספים (נספח א) לאחר אישור ההצעה ותנאי החיתום
סוג הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת <input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	
כספים הוניים	<input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	
כספים קצבתיים	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית לקצבה	

ו. זכאות בלא תנאי / הסכם עבודה

1. זכאות בלא תנאי <input type="checkbox"/> מיידית <input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים פוליסה ידוע לי כי משמעות סעיף זה היא מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הכספים יועברו אוטומטית לידי המבוטח, כאשר תסתיים עבודתי אצלי מכל סיבה שהיא ולא אוכל לקבל החזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח	2. הסכם עבודה - לפי סעיף 14 (נא סמן במקום המתאים) 2.1 <input type="checkbox"/> על מלאו השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה). 2.2 <input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור הפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק). 2.3 <input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.
---	---



ח. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"

אישור המעסיק לעובד לקבוע בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14

תאריך _____

חתימת המעסיק X

המסלול	% השקעה	פיצויים	תגמולים	סעיף (2) ב' 47
1. מודל השקעות תלוי גיל				
2. מניות				
3. אג"ח				
4. שקלי				
5. כהלכה				
6. אג"ח עד 15% מניות				
	סה"כ	100%	100%	100%

*לתשומת ליבך במידה ולא נבחר מסלול השקעה עבור רכיב הפיצויים ו/או התגמולים, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחולל

ט. בחירת תוכנית ביטוח למבוטח שבמועד הצטרפות גילו 60 ומעלה

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד הצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחולל) תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים.

י. הצהרות

הצהרת המעסיק והמועמד לביטוח

אני/החתיים/מטה, המעביד ו/או המועמד לביטוח, מבקשים/ים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

א. הצהרת המועמד לביטוח (המבוטח)

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

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.

2. הצהרת המעביד

אני מצהיר, ומתחייב בזה כי כל המידע והנתונים בהצעה שמולאו על-ידי הם נכונים, מלאים וישמשו בסיס להוצאת הפוליסה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנה. המבטח לא יהיה אחראי בגין מידע שגוי ו/או התונים שגויים שנמסרו על-ידי כאמור.

ב. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדיון.

ג. ידוע לי כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

תאריך _____ חתימת המעסיק X

שם _____ חותם _____ תפקיד _____

חתימת המועמד לביטוח X

הצהרה והסכמה בעניין יעוץ השקעות בפוליסות פרופיל דינמי

אני מצהיר ומסכים בזה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי

סוכן הביטוח אינו רשאי ליעוץ 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 המועמד לביטוח X

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 על-ידי החברה,

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X

הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

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

תאריך _____ חתימת היועץ / המשווק הפנסיוני _____

יא. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון חובה למלא אם התבקשה לפוליסה לפי סעיף 47 (ב) (2)

אני _____ בעל תעודת זהות מספר _____

מצהיר בזאת כי:

אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר.

אני פועל בעבור אחר / אחרים שהוא/הם

חובה לצרף תצלום של תעודת זהות

תאריך _____

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X

אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.



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 המשפחה	השם הפרטי	מספר ת.ז.
כתובת מגורים		

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

שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'
אשר הינו: <input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	
מס' טלפון	דוא"ל

אני, הח"מ, 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 יעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות⁶ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁷ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, 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 ומייפה 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 (רשות)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* 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.
* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.

* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
* 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, תוך 10 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, תוך 10 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 ייפוי כוח

שים לב! 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 _____

ולראיה באתי על החתום

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

(1) "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012.
(2) "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
(3) "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

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

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

