

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	

חותמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש ___/___/_____

מהדורת יוני 2019

פרטי המועמדים לביטוח

מין	תוכנית שב"ן	שם קופת חולים	תאריך לידה	מס' זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							מועמד שני
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							ילד 1
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							ילד 2
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							ילד 3
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז							ילד 4
דואר אלקטרוני					טלפון נייד	עיסוק	מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
-----@-----							מועמד שני
-----@-----							
<b>אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:</b>							
מועמד שני				מועמד ראשון			
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה				<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה <input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה			
<p>אני מסכים/מ 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:</p>							
מספר/ת"ד		ישוב		מספר/ת"ד		רחוב	
מספר/ת"ד		ישוב		מספר/ת"ד		רחוב	
<p>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* האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריות אלקטרוניות, נרגילה)</p>							
מספר/ת"ד		ישוב		מספר/ת"ד		רחוב	
מספר/ת"ד		ישוב		מספר/ת"ד		רחוב	
<p>מועמד ראשון <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מועמד שני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ילד מגיל 18 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>							

**פרטי מוטבים**

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים היורשים החוקיים על פי דין.

**הוצאות רפואיות וכתבי שירות**

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
1. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. תרופות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. נספח ייעוץ ובדיקות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נספח שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. כתב שירות אבחון ישיר (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)	4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. כתב שירות רופא און-ליין (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. כתב שירות ליווי אישי פלוס (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. כתב שירות רפואה משלימה (לא ניתן לרכישה כנספח לפוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**מחלות קשות - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש (ניתן לרכוש עד 600,000 ₪)**

שם המוצר	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מחלות קשות (גיל כניסה 1-65)	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>	₪ 50,000 <input type="checkbox"/>
	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>	₪ 150,000 <input type="checkbox"/>
	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>	₪ 250,000 <input type="checkbox"/>
	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>	₪ סכום אחר <input type="checkbox"/>

מדיכלל מחלות קשות 32



לתשומת ליבך - יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנבוע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

1802

מועמד ראשון - שם משפחה				מועמד ראשון - שם פרטי				מועמד ראשון - תעודת זהות			
				<b>1. פרטים כלליים</b>				<b>מועמד 1</b>		<b>מועמד 2</b>	
שמות המועמדים											
גובה (בס"מ)											
משקל (בק"ג)											
				<b>2. שאלון בריאות</b>				<b>לא</b>		<b>כן</b>	
				אות שאלון ↓				לא	כן	לא	כן
				1 האם הנך מעשן בין 21 - 40 סיגריות ליום?							
				2 האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?							
				3 האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?							
				4 האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?							
				5 האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, מחלה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.							
				<b>3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.</b>				<b>לא</b>		<b>כן</b>	
				1 במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, סחרחורת, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעת קשב וריכוז							
				2 בנפש - לרבות סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.							
				3 בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD-מחלת ריאות חסימתית, סרקואידוזיס.							
				4 בעור - לרבות פמפיגוס, מיקוזיס, פונגוידיס.							
				5 בלחץ דם, מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, קרדיومیופתיה, צינתור, טרומבוז, מפרצת, מחלת כלי דם היקפית - PVD.							
				6 במערכת העיכול - לרבות ושט על-שם ברט, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס.							
				7 בכבד - לרבות הפטיטיס, שחמת - צירוזיס.							
				8 בכליות ובערמונית - לרבות הפרעה בתפקודי כליה, דם ו/או חלבון בשתן, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת.							
				9 מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאט, FMF, גושה, הפרעות גדילה.							
				10 בדם - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם.							
				11 איידס (גם נשאות)							
				12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרום סרטני.							
				13 במערכת השלד - לרבות בעיה בחוליות, בכטרב.							
				14 במערכת הראיה - לרבות משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.							
				15 אף אוזן גרון - לרבות ירידה בשמיעה, מניר, טיטון, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות.							
				16 מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים שיגרנית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה							
				<b>4. שאלות נוספות</b>				<b>לא</b>		<b>כן</b>	
				1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה							
				2 האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט							
				3 האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?							
חתימות המועמדים (לגבי טעיפים 3-4) תאריך ____/____/____ :											
חתימת המועמד הראשון X				חתימת המועמד השני XX				חתימת ילד מגיל 18 XXX			



אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובתי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
4.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר 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, פרמיה ותקופה.
5. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
6. ידוע לי כי אישורה או דחייתו של הצעתי זו נתון לשיקול דעתי הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

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

7.  נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

8.  ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

8.1  אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

9. **בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**

מועמד 1	מועמד 2	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"/>

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 וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

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

**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 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.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או מערכת חיגוי אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

**אני מוכן לאשר.**

**חתימת המועמדים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **X**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XX**

תאריך \_\_\_\_\_ שם ילד מגיל 18 \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XXX**

**ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

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 או לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

מועמד 1	מועמד 2	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"/>

**בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**  
 בחתימתי מטה אני מאשר שאיני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנהלים בחברתכם

**חתימת המועמדים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **X**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XX**

תאריך \_\_\_\_\_ שם ילד מגיל 18 \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XXX**



1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
2. הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי** (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו בחברה מוצר המעניק פיצוי ("**מוצר דומה**"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים. במסגרת הליך בירור הצרכים בדקתי אם יש למועמד/ים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
5. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים** - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.
6. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
7. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_

מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן 



1. פרטי משלם אחר – במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום		

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס חודש
	רחוב	מספר
	יישוב	מיקוד
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיופק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך חתימת בעל הכרטיס		

3. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק) כתובת הסניף _____	<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או- <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום ____/____/____.																
<table border="1"> <tr> <td>מספר חשבון בנק</td> <td>סוג חשבון</td> <td>סניף</td> <td>בנק</td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד (המוטב) 628</td> <td colspan="3">אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ</td> </tr> <tr> <td colspan="4">אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</td> </tr> </table>	מספר חשבון בנק	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.				לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
מספר חשבון בנק	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.																	
1. אני הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____	2. כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____																
3. 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.	4. 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 יעשה 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. 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.	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/נת _____ מספר הסוכן/נת _____ חתימת הסוכן/נת _____ וחתימת הסוכנות _____																
פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ	*ככל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות: _____ תאריך _____ חתימת הלקוחות _____																

