

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

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

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הצעה לביטוח "חיסכון פיננסי לעתיד"

הפקדה חד-פעמית הפקדה שוטפת

א. פרטי בעל הפוליסה - המועמד הראשי לביטוח			
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		@	
<p>אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) 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> <p><input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל</p> <p>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.</p> <p>ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות לקוחות בטלפון *5454</p>			

ב. FATCA - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית - הצהרה עצמית	
האם הנך אזרח ארה"ב?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם הנך יליד ארה"ב?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
פוליסה בבעלות תאגיד/מעסיק	האם התאגיד/מעסיק הינו יישות אמריקאית? <input type="checkbox"/> לא, יש להמציא טופס W8ben-e <input type="checkbox"/> כן, יש להמציא טופס W9
מקום התאגדות התאגיד/מעסיק?	<input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> ארה"ב <input type="checkbox"/> אחר

ג. 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?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
שם מלא באנגלית:	כתובת מלאה באנגלית:
מספר בית	רחוב
מספר מזהה לצרכי מס (*TIN בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)	עיר
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 עליך לעדכן אותנו תוך 30 יום

שם	תאריך	חתימת בעל הפוליסה
----	-------	-------------------



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

חובה למלא אם המועמד לביטוח שונה מבעל הפוליסה	
האם הנך אזרח ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית

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

חובה למלא אם המועמד לביטוח שונה מבעל הפוליסה	
האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<ul style="list-style-type: none"> במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות
שם מלא באנגלית:	כתובת מלאה באנגלית:
מספר בית	מספר בית
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

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה X _____

ז. 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-%



ח. 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)

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"/>	<input type="checkbox"/> הפקדה שוטפת חודשית בלבד (מינימום 400 ש"ח) הסכום _____ ש"ח <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (ניתן לשלם כאשר דמי ניהול מההפקדה השוטפת הינם לא פחות מ-1.7%)	<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית בלבד (מינימום 10,000 ש"ח) <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	תאריך התחלת הביטוח* 01/____/20____
	גיל תום תקופת הביטוח הפקדה חד פעמית <input type="checkbox"/> גיל 95 <input type="checkbox"/> גיל _____ הפקדות שוטפות <input type="checkbox"/> גיל 95 <input type="checkbox"/> גיל _____		

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

ט. 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**, בסך _____ (מינימום 500 ₪) ("התשלום החודשי")***

תשלום חודשי צמוד למדד
 תשלום חודשי לא צמוד למדד

מועד התשלום החודשי 7 10 15 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 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.

אבקשכם להעביר את התשלום החודשי לחשבון הבנק שלי שפרטיו:

שם בעל החשבון	תעודת זהות	חשבון מספר	שם הבנק	בנק מספר	סניף מספר	שם הסניף

חתימת המבוטח

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 אינו בעל הפוליסה יש למלא את פרטי הנהנה בשאלון הכר את הלקוח.

י. דמי ניהול

סוג ההפקדה	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	דמי-ניהול מהחסכון 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"/> _____%	<input type="checkbox"/> 1.25% <input type="checkbox"/> _____%



יא. 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

יב. 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. בהגיעך 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

יג. הלבנת הון

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

יד. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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

- 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 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 חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות. **אני מאשר.**
- ולראיה באתי/נו על החתום:**
- תאריך _____
- חתימת בעל הפוליסה X _____
- חתימת המועמד לביטוח XX _____



טו. 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

טז. 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 חתימה הפנסיוני/היועץ הסוכן הפנסיוני/היועץ

כ. הצהרת בעל פוליסה שהוא תאגיד

1. **משיכת החיסכון המצטבר בתום תקופה:**
מוצהר 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 המשכיה היא לצורכי תשלום מענק פרישה למבוטח על פי הסכם עבודה בין בעל הפוליסה למבוטח ובמקרה זה יש לצרף לבקשת המשכיה 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 _____ חתימה וחותמת בעל הפוליסה

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 מעונין 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.



הטבה למצטרפים*

"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 לכיסויים 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

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 נתני השירותים הנ"ל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

(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. _____

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

הצהרת הסוכן

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.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X _____

* החברה רשאית להפסיק את ההטבה בכל עת.

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



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

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

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"):

פוליסה לעדכון	שם בעלי חשבון הבנק	מספר זהות/ח.פ.
<input type="checkbox"/> כל הפוליסות <input type="checkbox"/> מס' פוליסה/ות לעדכון _____		

מיקוד	יישוב	מספר	רחוב

1. 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 הלואות).

2. 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.

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.

9. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

10. 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 _____ מס' 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 בכרטיס האשראי

מספר כרטיס אשראי	תוקף	סוג הכרטיס
		<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אחר: _____
מספר זהות		שם בעל כרטיס אשראי
מיקוד	יישוב	מספר

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 וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

כלל חברה לביטוח בע"מ

