

שם הסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	_____ - _____

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

## הצעה לביטוח חיים

טופס זה לשימוש תמורה - סוכנות לביטוח בע"מ

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה - לפי הרשום בתעודת הזהות (חובה לצרף צילום תעודת זהות)*			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	מס' טלפון
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	_____	_____
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
דואר אלקטרוני	_____@_____		

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 לידעתך, 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\*.

נא לענות כן או לא	תשובה	במידה והתשובה היא כן נא לפרט
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
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	
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)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

\* 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").

ב. פרטי המוטבים במות המבוטח					
שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס / קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה  יורשים חוקיים  חברה  רשום ח"פ \_\_\_\_\_

ד. כיסויים ביטוחיים			
הערות	סכום ביטוח בש"ח	גיל תום תקופה	סוג הכיסוי
	סכום ביטוח מקסימלי 2,500,000 ש"ח	80	<input type="checkbox"/> <b>ספיר</b> - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה
	סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".	65	<input type="checkbox"/> <b>מוות מתאונה</b>
	סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".	65	<input type="checkbox"/> <b>נכות מתאונה</b>
1. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של הועמד לביטוח		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> <b>שחרור בלבד - "מגן הכנסה"</b> - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים.
2. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנציזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש			<input type="checkbox"/> הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנציזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חד'

11/2019 | הצעה לביטוח חיים L536 100406



## ה. אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח  \_\_\_\_\_

## ו. הצהרת בריאות

גובה \_\_\_\_\_ ס"מ משקל \_\_\_\_\_ ק"ג

כן	לא	האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל:
		1. האם קיימת נכות כלשהי בשיעור העולה 35%?
		2. האם אושפזת בבית חולים מעל 24 שעות כתוצאה ממחלה או תאונה במשך 3 השנים האחרונות? (לידה אינה אשפוז)
		3. האם אובחנו אצלך מחלות לב ו/או לחץ דם במשך 5 השנים האחרונות?
		4. האם אובחן אצלך סרטן במשך 5 השנים האחרונות?
		5. האם אובחנה אצלך סוכרת במשך 5 השנים האחרונות?
		6. האם הנך חולה איידס ו/או נושא נגיפי איידס?

\* על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.

חתימת המועמד על הצהרת הבריאות:

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח  \_\_\_\_\_

## ז. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

הוא 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 \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח  \_\_\_\_\_

(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 אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסינודי. 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

## הצהרת הסוכן

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן  \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסוכן  \_\_\_\_\_



**ח. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה**

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לביטח 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. 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 הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

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

ו. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי 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.

ז.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר 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, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרמיה, הכוללת הנחות ותוספות ככל שקיימות.

ח.  במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):  
 נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיוגו 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 בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיגוי 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 על החתום:**

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_

\* הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

**ט. 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 שבמסרו 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 הליך ההתאמה במידה ונדרש.

אני מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המועמד לביטוח לצורך פנייה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של ההרשאה.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.

אם רכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי - במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למועמד לביטוח מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות, הסברתי למועמד כי הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

אם המועמד מעוניין לביטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

חתימת הסוכן \_\_\_\_\_  
 חתימת הסוכנות \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_

**ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

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

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 המנוהלים בחברתכם.

חתימת המועמדים: \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



# אמצעי תשלום - ביטוח חיים

## בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

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

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"):

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

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד

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 הלוואות).

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, ויודאתי 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

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

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 שיופסק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_

### כלל חברה לביטוח בע"מ

