



## ג. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

### 1. פרטים כלליים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
----------	---------	-----------	--	------------	-----------	-----------

### 2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

שאלון	כן	לא
1. האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?		
2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?		
3. האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?		
4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?	א	
5. האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.	ב	

### 3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצעו הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)

שאלון	כן	לא
1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי	ג	
2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)	ד	
3. בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.	ה	
4. בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור	ו	
5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבозה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)	ז	
6. במערכת העיכול - לרבות חזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה	ח	
7. בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית	ט	
8. בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס)	י	
9. בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפולוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת	יא	
10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר	יב	
11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון	יג	
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת	יד	
13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני	טו	
14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.	טז	
15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונס	יז	
16. באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות	יח	
17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיה וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.	יט	
18. מחלות ראוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה	כ	

### 4. שאלות נוספות

1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? 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? אם כן, נא פרט: _____		
3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה עם ממצאים חריגים?	כא-כב	
4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?	כג	
5. האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי נייודת כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.		

חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4)

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



## הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

**לכבוד:** המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

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 \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_

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

הנני מצהיר כי בדקתי את נתוני המועמד לביטוח בקרן הפנסיה הידועים למועד ההצעה כלהלן:

המועמד לביטוח עמית פעיל בקרן פנסיה \_\_\_\_\_

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

## ד. אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

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

## ה. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

א.  נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, הפרמיה ותקופת הביטוח. כמו כן, במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי הוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

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

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

ג. במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית

אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח\*\*

- יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבטח

ד. במקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

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.

**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 שיוגע 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.

• האם אתם מאשר כי חברות מקבוצת כלל יפנו אליך, 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 מאשר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

**ולראיה באתי על החתום:**

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

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

ה. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטחים בחברת ביטוח אחרת אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.

ו. לעמית עצמאי: הנני מצהיר כי ההכנסה מעבודה (השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה) שאני צפוי להרוויח תעמוד על סך של \_\_\_\_\_ ₪ לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

ז. ידוע לי, כי בקרות מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החודשי להם אהיה זכאי לגובה שלא יעלה על 75% מהכנסתי מעבודה בפועל\* (ולא מהכנסה צפויה מעבודה) - 12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או בתקופה ממועד תחילת הביטוח ועד מועד קרות מקרה הביטוח, אם חלפו פחות מ- 12 חודשים).

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

ח. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו 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 שההודעות על תביעות צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

י. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

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



## 1. הצהרת הסוכן

1. 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.
2. 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.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד לביטוח והצעתי לו ביטוח התואם את צרכיו, שאלתי את המבטח האם יש לו פוליסה רלוונטית קיימת והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטח בקרן פנסיה החדשה.
5. מסרתי למועמד מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, הפרמיה ותקופת הביטוח.
6. במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי - 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.
7. אם המועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

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

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 באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל

**בקשה להסרת נתונים מהמימשק 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: X \_\_\_\_\_



## 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	<b>כלל חברה לביטוח בע"מ</b>	

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.**

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

רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

- 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. מהות/סוג התשלום
  - כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
    - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.
    - 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.
    - 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 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

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	יישוב

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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

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

### כלל חברה לביטוח בע"מ

