

**הצעה לביטוח אנשי מפתח
 לרכישת כיסוי במקרה מוות**

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

כלל חברה לביטוח בע"מ

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

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

א. פרטי בעל הפוליסה

שם החברה	מס' חברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה		מס' תיק ניכיים		מס' מעסיק ב"כלל"	
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד		
שם איש הקשר	מספר הטלפון					
אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> הודעת תשלום		<input checked="" type="checkbox"/> חודשי אופן התשלום		דוא"ל @	
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:						
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל						
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.						
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 לקוחות בטלפון *5454						

ב. פרטי המועמד לביטוח - לפי הרשום בתעודת הזהות*

שם המשפחה	שם הפרטי		מספר הזהות		תאריך הלידה**	
המין	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	ילדים	מקצוע/עיסוק	מספר נייד	
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	מיקוד	יישוב	מס' טלפון	מס' פקס
המקצוע / העיסוק האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
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, פרט _____						
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, פרט _____						
האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים או כחלק מפעילות ספורט או תחביב (תעופה ספורטיבית מכל סוג, ספורט מוטורי או ימי - עם השתתפות בתחרויות, טיפוס, ציליה, אומנויות לחימה)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____						
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן _____						

* 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 ביטוח").

ג. פרטי המוטבים

שם החברה	מספר ח"פ

ד. תאריך התחלת הביטוח

תאריך התחלת הביטוח ____/____/20____ 01/

ה. הכיסוי הביטוחי

הכיסוי הביטוחי	לתקופה*	סכום הביטוח בש"ח**
<input type="checkbox"/> ספיר כיסוי למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה		

* הכיסוי הביטוחי הינו לתקופה של 5 עד 10 שנים ** בסכומי ביטוח המצריכים בדיקה רפואית, יש לתאם בדיקה עבור המועמד לביטוח

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 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:

תאריך _____ שם המועמד _____ מספר זהות _____ חתימה X _____



1. פרטים כלליים

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
-----------	---------	-----------	--	------------	-----------	-----------

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

לא	כן	שאלון
		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?
		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.

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

לא	כן	שאלון
		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
		2 בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
		3 בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
		4 בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
		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, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD).
		6 במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה.
		7 בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
		8 בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בבלב (פנקריאטיטיס).
		9 בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת.
		10 מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוט), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה / פרולקטינומיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
		11 בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
		12 מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
		13 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני.
		14 במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס) / אוסטאופניה, פרטס.
		15 במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
		16 באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
		17 במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שריני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
		18 מחלות ראוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה.

4. שאלות נוספות

לא	כן	שאלון
		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?
		4 האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.
		5 האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי נייודות 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

100406 L020 Mekutseret | 11/2019



הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

(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 המועמד לביטוח _____ מס' ת.ז. _____

אני המבוטח השני _____ מס' ת.ז. _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ / או הנני מבוטח שלה /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 /או השיקומי /או הסוציאלי /או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה /או עובד /או ב"כ /או חוקר /או

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 /או רופאיהן /או עובדיהן /או מי מטעמן /או נותני השירותים הנ"ל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

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 X _____

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על פוליסה X _____

ז. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה /או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד 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 הצעה 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 צרכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מידע 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

ט. **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 המבוטח

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 שישלח לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שישפיק לה מידע 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 /או הטלפון /או הפקסימיליה /או מערכת חיוב אוטומטי /או הודעות אלקטרוניות /או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר /או הודעות שיווקיות.

איני מאשר.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____

חתימת בעל הפוליסה X _____

חתימת המועמד לביטוח X _____

שם החותם X _____

תפקיד X _____

** הטיפול בבקשת הצטרפות פוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

ח. 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 שנמסרו 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.

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 והגשתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

אני או מי 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 לבטל את המוצר הקיים – הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

תאריך _____ שם הסוכן X _____ חתימה וחותמת הסוכן X _____



שם המועמד לביטוח	מספר הזהות	תאריך הלידה
שם החברה/השותפות	תאריך יסוד החברה	מספר העובדים
באיזה ענף עוסקת החברה/השותפות		
תאור תפקידו, כישוריו והשכלתו של המועמד (כולל נסיון קודם) ההופכים אותו לאיש מפתח:		
ותק איש המפתח בחברה	האם המועמד לביטוח מועסק על בסיס חוזה מיוחד?	משכורת איש המפתח בחברה
_____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לכמה שנים? _____	_____
מי מחליף את איש המפתח בהיעדרו (מילואים/חופשה/מחלה):		

האם המועמד לביטוח ו/או משפחתו הינם בעלי מניות בחברה, במידה וכן אנא פרט, לרבות התייחסות לאחוז המניות בחברה:		

כיצד חושבו סכומי הביטוח:		

על ידי מי נקבעו סכומי הביטוח הנרכש:		

מהו המחזור והרווח השנתי של החברה בשלוש השנים האחרונות (ציין באיזה מטבע)?

יש לצרף לשאלון את המאזנים דוחות מע"מ וכל דו"ח אחר עליהם התבססו הנתונים. באם החברה הינה חברת START-UP יש להמציא תוכנית עבודה הכוללת תיאור הפרוייקטים עליהם עובדת החברה, כולל תאריך סיום משוער, וכן תחזיות מחזור ורווח לשנים הבאות. באם מטרת הכיסוי הגנה על השקעה שבוצעה בחברה, יש לציין מי הם המשקיעים ולצרף את העתק הסכם השקעה לרבות הוכחה על ביצוע ההשקעה בפועל.

שנת	שנת	שנת	
			נכסים
			התחייבויות
			מחזור
			רווח
			הפסד

איזה חלק מהרווח נטו מיוחס לאיש המפתח? _____

האם החברה מתכוונת לבצע פוליט אנשי מפתח לאנשי מפתח אחרים בחברה ו/או האם קיימות כבר פוליסות מסוג זה בחברה, נא פירוט: _____

האם יש הצעות נוספות על שמך בחברה אחרת לא כן

אם כן, פרט מהי מטרת הביטוח, המוטבים, הכיסוי והסכום המבוקשים: _____

האם קיימים סכומי ביטוח בתוקף על שמך בחברה אחרת לא כן

אם כן, פרט סוג הביטוח, המוטבים, סכומי ביטוח: _____

האם כחלק מרכישת פוליסה זו תבטלנה פוליסות אחרות הקיימות על שמך לא כן

אם כן, נא פרט את סוג הביטוח וסכומי הביטוח שיבטלו _____

100406 L020 Mekutseret | 11/2019



חתימה וחותמת רואה חשבון



חתימת המועמד לביטוח

חתימה וחותמת החברה

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 _____

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 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.
 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.

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, וזיהיתי 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
		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 שיופנק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

