

**כלל חברה לביטוח בע"מ**

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

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



**הצעה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא**

א. פרטי המועמדים לביטוח לפי הרשום בתעודת הזהות\*

המועמד השני לביטוח				פרטים		המועמד הראשי לביטוח					
המשפחה		הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי		הפרטי		המשפחה		הפרטי		
ס"ב		19	ס"ב		19		ס"ב		19		
ז	נ	רווק	נשוי	גרוש	אלמן	ז	נ	רווק	נשוי	גרוש	אלמן
שם הרופא			שם הרופא			שם הרופא			שם הרופא		
קופת החולים			קופת חולים			קופת החולים			קופת החולים		
מספר הטלפון		מספר נייד		מס' / ת.ד.		מספר הפקס		מספר נייד		מספר נייד	
כתובת מגורים		רחוב		מס' / ת.ד.		מספר הפקס		רחוב		מספר נייד	
מספר הטלפון		דוא"ל		מספר הפקס		מספר הפקס		דוא"ל		מספר נייד	

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:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454

<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	<b>האם הנך מעשית או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות?</b>	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט	<b>האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?</b>	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)	<b>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)?</b>	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט (אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים)
<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט	<b>האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?</b>	<input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט

\* 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 היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

ב. פרטי המוטבים - לסכומי הביטוח שלא נקבע בגינם מוטב בלתי חוזר. אם נקבע מוטב בלתי חוזר, ליתרת סכומי הביטוח, לאחר התשלום למוטב הבלתי חוזר:

המוטבים במוטב המבוטח השני				המוטבים במוטב הראשון			
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס קרבה	חלקו ב-%	שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס קרבה	חלקו ב-%

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה
01/___/20__	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראות קבע

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר \*

שורה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק / המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
	הכתובת	רחוב	מספר או ת"ד	יישוב
ספיר	שם הבנק המלווה	מספר הבנק / המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
	הכתובת	רחוב	מספר או ת"ד	יישוב

\*הוראה זו ניתנת לביטול או שינוי רק על-פי הוראה בכתב מאת "המוטב הבלתי חוזר"

ה. פרטי הביטוח לכיסוי ההלוואות של המועמדים לביטוח

הלוואה מספר 4	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 1	פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	"שוהם" - סכומי הביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר)
				מספר הלוואה (מומלץ)	
				סכום הביטוח בש"ח*	
				תקופת הביטוח (בשנים) לא יותר מגיל 75	
ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	ריבית קבועה _____%	סוג ההלוואה	
ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%	ריבית משתנה _____%		

\* סכום הביטוח יתעדכן מדי שנה בהתאם לטבלת השתנות סכומי הביטוח המוצגת לפוליסה. במקרה שסכום הביטוח, בקרות מקרה הביטוח, יעלה על יתרת ההלוואה, יהיו המוטבים זכאים ליתרת סכום הביטוח, לאחר תשלום למוטב בלתי חוזר.

סכומי הביטוח קבועים לכיסוי הלוואות/בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף	ספיר בפרמיה משתנה מדי שנה סכום הביטוח בש"ח מספר הלוואה (מומלץ)	75 □ 70 □	75 □ 70 □	75 □ 70 □	75 □ 70 □	75 □ 70 □

- הצהרות מבוטח לגבי הריבית הסופית של ההלוואה**
- ידוע לי כי במקרה של הלוואה בשיעור ריבית משתנה או הלוואה בריבית פריים, תקבע הריבית הסופית בפוליסה על פי ריבית בשיעור שנתי קבוע השווה לריבית ההלוואה (בריבית פריים = ריבית פריים הידועה במועד ההצעה +/- מרווח הריבית שקבע המלווה) בתוספת של 2.5% לשנה לשיעור ריבית זה.
  - ידוע לי כי קביעת סכום הביטוח, הפרמיה וההשתנות, בכל שנת ביטוח היא על פי גיל המבוטח, מגדר, סטטוס עישון, תקופת ההלוואה והריבית הסופית בפוליסה.
  - ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי ההלוואות בפוליסה הן על פי השתנות הקרן וריבית בתשלומים שנתיים (שנת ביטוח) שווים וצמודים למדד (לוח שפיצר).
  - ידוע לי, כי יכול שיווצר פער בין סכום הביטוח לבין יתרת הלוואת המשכנתא אצל המוסד הפיננסי המלווה וכי באפשרותי להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח באמצעות פניה חתומה בכתב על ידי המבוטח ועל ידי המוסד הפיננסי המלווה לחברת הביטוח לצורך הקטנת הסכום המבוטח.

**חתימת המועמדים לביטוח על תנאי ההלוואה:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

**ו. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי**

מועמד 2	שם המועמד השני		שם המועמד הראשון		מועמד 1
	גובה _____ ס"מ	משקל _____ ק"ג	גובה _____ ס"מ	משקל _____ ק"ג	

**האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל:**

מועמד 2	אות השאלון*	מועמד 1	
כן	לא	כן	לא
	<input type="checkbox"/>	1 מערכת העצבים והמוח	
	<input type="checkbox"/>	2 נפש	
	<input type="checkbox"/>	3 דרכי הנשימה, ריאות	
	<input type="checkbox"/>	4 עור	
	<input type="checkbox"/>	5 לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות)	
	<input type="checkbox"/>	6 מערכת העיכול	
	<input type="checkbox"/>	7 כבד, במרה, בלבלב	
	<input type="checkbox"/>	8 כליות בדרכי השתן וערמונית	
	<input type="checkbox"/>	9 מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סכרת ושומנים בדם) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)	
	<input type="checkbox"/>	10 דם, טחול, מערכת החיסון	
	<input type="checkbox"/>	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס	
	<input type="checkbox"/>	12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני).	
	<input type="checkbox"/>	13 מערכת השלד והשרירים	
	<input type="checkbox"/>	14 מערכת הראיה	
	<input type="checkbox"/>	15 אף, אוזן, גרון	
	<input type="checkbox"/>	16 מערכת המין והרבייה	
	<input type="checkbox"/>	17 מחלות ראומטיות	
	<input type="checkbox"/>	18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?	
	<input type="checkbox"/>	19 האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?	

מועמד 2		שאלות נוספות		מועמד 1	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
		1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי.		1 פרט את שם התרופה _____ ואת הסיבה _____	
		2 האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?		2 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?		3 אם כן, נא מלא שאלון <b>כא-כב</b>	
		4 האם קיימת נכות כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.		4 אם כן, נא מלא שאלון <b>כג</b>	
		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		5 אם כן נא פרט בשאלון <b>ב</b>	

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

הערה: למועמד לביטוח מעל גיל 65 נדרש לצרף להצהרת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפול מרופא מטפל

חתימת המועמדים על טעפים הכוללים את הצהרת הבריאות:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח



## הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית (השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישום תביעות בלבד)

**לכבוד:** המוסד לביטוח לאומי  
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אוזותי, 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 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 \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_  
מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_  
מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה 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 וחומת הסוכן X \_\_\_\_\_

## ז. אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

## ח. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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

- 1. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
- 2. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית
- 3. אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

י. יש למלא בהצעה לרכישת פוליסה ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

מועמד שני	מועמד ראשון	
<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 מוצרים

במידה וקיים מוצר דומה אולם בכוונתך 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 ובהסכמת, 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 שספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, 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 על החתום:

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

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/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 הכתב שיימסר למבטח וערך עסקת מחזור משכנתא, אצל מלווה לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ד. אני החתום מטה, (למעט מבטח קיים בפוליסה קולקטיבית לכיסוי הלוואת משכנתא אצל המבטח וערך עסקת מחזור משכנתא, אצל מלווה שונה מהמלווה בפוליסה הקולקטיבית) המועמד לבעלות על הפוליסה ולביטוח מצהיר כי הובא לידעתי כי פוליסה זו היא פוליסת ביטוח למשכנתא בתנאים ובתעריפים חדשים בכפוף לעריכת הליך חיתום וכי בעת מחזור משכנתא (ככל שקיימת פוליסה לביטוח חיים למקרה מוות אצל המבטח) ובתנאי שלא חל שינוי בסכום הביטוח ו/או הארכת תקופת הביטוח כפי שקיימת ערב מילוי ההצעה (לעיל ולהלן: "עסקת מחזור משכנתא"), באפשרותי לבקש מהמבטח המשך של הפוליסה הקיימת באותם התנאים ללא צורך בעריכת הליך חיתום.

ה. 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.

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

ז. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

ח.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי והוצע לי ביטוח ותואם 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.



## ט. 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, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור, או קבלת המידע מהמועמד לביטוח לאחר שפנה בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו מעלה והצעתיו לו ביטוח התואם את צרכיו והצגתי בפניו עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. 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.
5. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
6. 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.
7. אם המועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.

חתימת הסוכנות X

חתימת הסוכן X

תאריך \_\_\_\_\_

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 במוקד שירות לקוחות כלל בטלפון שמספרו \*5454 לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.



# 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 X

\* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוחות XX

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

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

