

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	□ □ □ □ □ □ □ □
קוד הטבה	□ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1

## הצעה לרכישת כיסויי ביטוח חיים במקרה מוות, נכות ומוות מתאונה, פיצוי ושחרור למקרה אובדן כושר עבודה

### א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה – לפי הרשום בתעודת הזהות\*

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה**
מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	מס' ניד
<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
מקצוע/עיסוק			
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 לידיעתך, אם לא בתחרו/ באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי עיל (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.

האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)	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)?	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, צלילה, אומנויות לחימה)?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?	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 בחיטי").

### ב. פרטי המוטבים למות המבוטח (בחי המבוטח ובתום תקופת ביטוח המבוטח)

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס / קרבה	חלק ב-%

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

### ג. הכיסוי הביטוחי

תאריך התחלת הביטוח 01/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה	סכום ביטוח בש"ח	הערות
ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה*	80	ש"ח _____	
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	65	ש"ח _____	סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	65	ש"ח _____	סכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".
<input type="checkbox"/> כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים.	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	1. אם לא נבחר גיל תום תקופת הביטוח, יירכש לגיל 67. 2. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 3. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש. 4. סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים) כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלומו, בכפוף לקיצוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבוטח אחר ו/או קיצוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה. 5. בעת רכישת כיסוי א.כ.ע. יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה ומסמך הנמקה חתומים על ידי המבוטח.
<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות:			<input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> ביטול קיצוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה
<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות:			<input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

\* מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן

07/2020 | הצעה לרכישת כיסוי רישק L007 100552



## ד. 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?	<b>א</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, אם כן נא פרט בשאלון.	<b>ב</b>	

### 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. <b>במערכת העצבים והמוח</b> - 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	<b>ג</b>	
2. <b>בנפש</b> - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)	<b>ד</b>	
3. <b>בדרכי הנשימה, ריאות</b> - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.	<b>ה</b>	
4. <b>בעור</b> - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור	<b>ו</b>	
5. <b>בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם</b> - לרבות יתר לחץ דם 3-10 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)	<b>ז</b>	
6. <b>במערכת העיכול</b> - לרבות חזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה	<b>ח</b>	
7. <b>בקע/הרניה</b> - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית	<b>ט</b>	
8. <b>בכבד, במרה, בבלבב</b> - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס)	<b>י</b>	
9. <b>בכליות בדרכי השתן וערמונית</b> - 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	<b>יא</b>	
10. <b>מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה)</b> - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר	<b>יב</b>	
11. <b>בדם, בטחול, במערכת החיסון</b> - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון	<b>יג</b>	
12. <b>מחלות זיהומיות, מחלות מין</b> - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת	<b>יד</b>	
13. <b>מחלות ממאירות, גידולים ממאירים</b> - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני	<b>טו</b>	
14. <b>במערכת השלד והשרירים</b> - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.	<b>טז</b>	
15. <b>במערכת הראיה</b> - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס	<b>יז</b>	
16. <b>באף, אוזן, גרון</b> - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמוט	<b>יח</b>	
17. <b>במערכת המין והרבייה</b> - 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.	<b>יט</b>	
18. <b>מחלות ראומוטיות</b> - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה	<b>כ</b>	

### 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?
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 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 \_\_\_\_\_



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 עיזובי 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  \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

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 הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא

**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  \_\_\_\_\_

**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 המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה**

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

נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

ב. 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 תישלח באמצעות כלל ביטוח\*\*

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

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

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.

**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 מטעמה) 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 על החתום:**

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

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

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

ו. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.

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

ח. 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.

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

י. 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.

\* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים (1)2 - 1 (2)2 לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס. \*\* הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת



**ז. 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. אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר **שאינו** מבוטח בקרן פנסיה חדשה.
4. 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.
5. 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.
6. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
7. 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.
8. 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**

**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**



# 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 מהגבלות 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	יישוב	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.

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 רישיון 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		
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 \_\_\_\_\_

### כלל חברה לביטוח בע"מ

100552 L007 | הצעה לרכישת כיו"ר ריסק | 07/2020

