

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

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	□□□□□□□□

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

חבילת "שוהם מקיף"

הצעה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא וכיסוי שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה

א. פרטי המועמדים לביטוח (לפי הרשום בתעודת הזהות*)

המועמד הראשי לביטוח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מס' נייד
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	מס' טלפון	מס' נייד
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד	מקצוע/עיסוק
כתובת 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: <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 פרטי האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454				

המועמד השני לביטוח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה**	מס' נייד
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	מס' טלפון	מס' נייד
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד	מקצוע/עיסוק
כתובת דואר אלקטרוני @				

* 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").

נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מבוטח ראשי	מבוטח שני	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)	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
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	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטרבך?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	

11/2019 | הצעה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון משכנתא L043 100406



ב. פרטי המוטבים במות המבוטח (בחיי המבוטח ובתום תקופת הביטוח)

מבוטח שני				מבוטח ראשי			
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס/קרבה	חלק ב-%	שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס/קרבה	חלק ב-%
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____				<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____			

ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

<input type="checkbox"/> אופן התשלום חודשי <input type="checkbox"/> אופן הגבייה כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע	תאריך התחלת הביטוח 01/____/20____
---	-----------------------------------

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר*

שוהם				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
ספיר				
פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
הכתובת	שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס

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

ה. פרטי הביטוח לכיסוי ההלוואות של המועמדים לביטוח

"שוהם" – סכומי הביטוח לכיסוי ההלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר)

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
מספר ההלוואה (מומלץ)				
סכום הביטוח בש"ח*				
תקופת הביטוח (בשנים) לא יותר מגיל 80				
סוג ההלוואה	ריבית קבוע _____% ריבית משתנה _____%	ריבית קבוע _____% ריבית משתנה _____%	ריבית קבוע _____% ריבית משתנה _____%	ריבית קבוע _____% ריבית משתנה _____%

"ספיר" – סכומי הביטוח קבועים לכיסוי ההלוואות/בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
ספיר בפרמיה משתנה מדי שנה סכום הביטוח בש"ח				
מספר ההלוואה (מומלץ)				
לגיל	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>

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 הראשי X _____ חתימת המועמד השני X



1. כיסויים ביטוחיים

מבוטח	סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה	הערות
מבוטח ראשי	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	שחרור תשלום הפרמיה לכיסוי שוהם במקרה של נכות הגורמת לאבדן מוחלט או חלקי של כושר העבודה.
מבוטח שני	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	*בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח

2. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

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

במידה והתשובה חיובית, יש למלא את השאלון המתאים				
מבוטח שני	מועמד ראשי		אות שאלון	שאלון
	כן	לא		
			ג	1 מערכת העצבים והמוח
			ד	2 נפש
			ה	3 דרכי הנשימה, ריאות
			ו	4 עור
			ז	5 לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות)
			ח	6 מערכת העיכול
			י	7 כבד, במרה, בלבלב
			יא	8 כליות בדרכי השתן וערמונית
			יב	9 מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)
			יג	10 דם, טחול, מערכת החיסון
			יד	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס
			טו	12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)
			טז	13 מערכת השלד והשרירים
			יז	14 מערכת הראיה
			יח	15 אף, אוזן, גרון
			יט	16 מערכת המין והרבייה
			כ	17 מחלות ראוטיות
				18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
			א	19 האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?

שאלות נוספות נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מבוטח ראשי	מבוטח שני	הערות
1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	פרט את שם התרופה ואת הסיבה
2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	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?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אם כן, נא מלא שאלון כא-כב
4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אם כן, נא מלא שאלון כג
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?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אם כן, נא מלא שאלון ב

* 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 סעיפים הכוללים את הצהרת הבריאות:

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי X _____ חתימת מועמד שני X

כלל חברה לביטוח בע"מ



ח. אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך _____ חתימת מועמד שני X

חתימת מועמד ראשי X

ט. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

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 מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רפואיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשי _____
 תעודת זהות _____ חתימה _____
 תאריך _____ שם המועמד השני _____
 תעודת זהות _____ חתימה _____

הצהרת הסוכן/נציג המכירות

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, תעודת זהות _____, המוכר/ים לי אישית אשר זוהה/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן/נציג המכירות _____ חתימה וחותמת הסוכן _____

י. 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") 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 יישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל גניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ד. אני החתום מטה, (למעט מבטוח 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 קיבולת או דחיית 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 שסיפק 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 התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי היסוסי הביטוח, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרמיה, הכוללת הנחות ותוספות ככל שקיימות.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____ תאריך _____ חתימת המועמד השני _____

** הטיפול בבקשת הצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

כלל חברה לביטוח בע"מ



יא. הצהרת הסוכן/נציג המכירות

1. אני חתום 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 והצעתי 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 ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

תאריך _____ חתימת הסוכן/נציג המכירות חתימת הסוכנות

יב. 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 מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני 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 המנהלים בחברתכם.

חתימת המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מספר זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם המועמד השני _____ 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.

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

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס אשראי _____

כלל חברה לביטוח בע"מ

