

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	
קוד הסכם	

חותמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש
____/____/____

מהדורת אוגוסט 2020

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □
						נ □ ז □

דואר אלקטרוני

טלפון נייד

עיסוק

מועמד ראשון
(בעל הפוליסה)

מועמד שני

@

@

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

מועמד ראשון	מועמד שני
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה
<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה
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	
מספר/ת"ד	ישוב
רחוב	מיקוד
כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)	טלפון

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:

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:

יודע 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 הלקוחות בטלפון *5454 האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)

מועמד ראשון □ כן □ לא, מועמד שני □ כן □ לא, ילד מגיל 18 □ כן □ לא

פרטי מוטבים

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים היורשים החוקיים על פי דין.

הוצאות רפואיות וכתבי שירות

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
1. ניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. נספח ניתוחים ומחילפי ניתוח בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. תרופות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נספח ייעוצים ובדיקות	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. נספח שירותים לילד	0-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. כתב שירות אבחון ישיר (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. כתב שירות רופא און-ליין (כמוצר בסיסי)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. כתב שירות רופא און-ליין (כנספח/תוספת לפוליסה קיימת)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. כתב שירות ליווי אישי פלוס (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. כתב שירות רפואה משלימה (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. משלים שב"ן לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מחלות קשות - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש

שם המוצר	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מחלות קשות (גיל כניסה 0-65)	₪	₪	₪	₪	₪	₪
מדיכלל מחלות קשות 32	₪	₪	₪	₪	₪	₪
מדיכלל פיצוי לסרטן	₪	₪	₪	₪	₪	₪



לתשומת ליבך - יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנבוע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

1702

מועמד ראשון - שם משפחה				מועמד ראשון - שם פרטי				מועמד ראשון - תעודת זהות				תאריך מילוי הטופס					
מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים									
								שמות המועמדים									
								גובה (בס"מ)									
								משקל (בק"ג)									
לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
								2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				אות שאלון ↓					
								האם הנך מעשן סיגריות?				1					
								נא ציין כמות סיגריות ליום									
								האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?				2					
								האם צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?				3					
								האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, פוליפוזיס של המעי				4					
								א									
								ב									
לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
								3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם את השאלון המתאים									
								מערכת העצבים, מוח, שיתוק, עיכוב התפתחותי - לרבות אירוע מוחי, גידול מוחי, רעד, נירופיבורמוטזיס, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, אפילפסיה, פוליו, פיגור, תסמונת דאון, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, מיגרנה				1					
								נפש - לרבות דכאון, חרדה, הפרעות אכילה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, פוסט טראומה				2					
								ריאות, דרכי נשימה, אלרגיה לרבות דום נשימה בשינה, סרקואידוזיס				3					
								עור - לרבות פמפיגוס, נגע ו/או גידול בעור				4					
								לחץ דם, מערכת הלב, כלי הדם (עורקים, ורידים, נימים) - לרבות מום מולד בלב וכלי דם, מפרצת				5					
								מערכת העיכול - מעיים, קיבה, ושת, פי הטבעת, לרבות קרוהן, קוליטיס, ניתוח לקיצור קיבה				6					
								בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית				7					
								כבד, כיס מרה, לבלב - לרבות שחמת, צהבת, הפרעה בתפקודי כבד				8					
								כליות, דרכי השתן, ערמונית - לרבות מום כלייתי, צניחת שלפוחית השתן, דם ו/או חלבון בשתן, דלקות				9					
								מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, בלוטת התריס, הפרעות גדילה, הזעת יתר, גאוס, FMF, גושה				10					
								מחלות דם, טחול, מערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם				11					
								מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת				12					
								מחלה ממארת/סרטן, גידולים ממאירים, גידולים שפירים - לרבות גידול סרטני, טרום סרטני, שפיר				13					
								במערכת השלד, שרירים, גידים, רצועות - לרבות שבר, פריקה, בכטרב/ אנקילוזינג, ירידה בצפיפות העצם				14					
								במערכת העיניים וראיה - לרבות משקפים מעל מס' 7, מחלות עיניים				15					
								אף, אוזניים, שמיעה, גרון - לרבות סינוזיטיס, מיתרי הקול, דלקות				16					
								במערכת המין והרבייה - לרבות רחם וטפולות, שחלות, צוואר הרחם, אשכים, גוש בשד, הגדלת שדיים, צניחת רחם ו/או נרתיק, ניתוח קיסרי, בעיות פרייון (גם אצל גברים)				17					
								מחלות ראוטיות, מפרקים, דלקות מפרקים, לרבות לופוס, פיברומיאליגה				18					
לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
								4. שאלות נוספות				אות שאלון ↓					
								האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה				1					
								האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט				2					
								האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?				3					
								האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות				4					
								כא									
								כב									
								כג									
חתימות המועמדים תאריך: _____ / _____ / _____																	
חתימת המועמד הראשון X חתימת המועמד השני XX חתימת ילד מגיל 18 XXX																	

6100



אישור תנאי קבלה

אני מסכימה/מאשר כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב: סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה יתר לחץ דם יתר שומנים בדם סוכרת ירידה בצפיפות העצם לב וכלי הדם עודף משקל
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור בו: ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי הריון ולידה נוכחיים בקע (כמוצרה בשאלה 7) סוכרת שומנים בדם בכיסוי לתרופות בריחת סידן הפרעות נפשיות הורדת עודף משקל אחר: _____

*ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/יות המבוקש/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחלטות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאות ובמקרה זה תשלח אליי הודעה לאישורי בתום הליך החיתום. במקרה שלא יחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי הפקת הפוליסה.

חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____

חתימת המועמד הראשון חתימת המועמד השני חתימת ילד מגיל 18

הצהרות המועמדים/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמדים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבטוח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובתיי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
4. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר 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, פרמיה ותקופה.
5. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
6. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתי הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
7. במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):
8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(לידיעתך - הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת)

שימוש במידע ושירותי, 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 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.

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 מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מוכן לאשר.

הצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:

1. הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
4. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

חתימת המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה

תאריך _____ שם ילד מגיל 18 _____ מס' זהות _____ חתימה



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 או לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	מועמד 2	מועמד 1	בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה **X**

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה **XX**

תאריך _____ שם ילד מגיל 18 _____ מס' זהות _____ חתימה **XXX**

הצהרת הסוכן

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים** - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.
- הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
- מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____

מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**



1. פרטי משלם אחר – במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ נ □ ז
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום <input checked="" type="checkbox"/>		

2100

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דינרט	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		חודש
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	רחוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר	יישוב
<input type="checkbox"/> אחר		
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>		

2300

3. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סניף	בנק
_____	_____	_____
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ		
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.		

לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק) כתובת הסניף _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או-

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום ____/____/____.

2400

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה 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

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן/נת _____ מספר הסוכן/נת _____ חתימת הסוכן/נת וחתימת הסוכנות

*ככל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות: _____

תאריך _____ חתימת הלקוחות

