

## בקשה לקביעת מוטב בלתי חוזר במקרה מוות

פרטי המבוטח		
שם המבוטח	מספר זהות	
רחוב או מספר ת.ד.	מספר בית	ישוב
מס' טלפון	מס' נייד	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"/> <b>אמצעי דיגיטלי</b> (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> <b>דואר רגיל</b>		
<b>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.</b>		
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 הלקוחות בטלפון *5454.		
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.		
<input type="checkbox"/> <b>אני מאשר.</b>		
תאריך _____ חתימה _____		

פוליסות על שם (המבוטח) \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

אני, החתום מטה, בעל הפוליסה בפוליסה מספר \_\_\_\_\_

מבקש לקבוע את \_\_\_\_\_ כמוטב בלתי חוזר בגובה סכום ביטוח בסך \_\_\_\_\_ ₪

צמוד למדד החל מיום \_\_\_\_\_

### פרטי המוטב:

במידה והמוטב הבלתי חוזר אינו מוסד פיננסי נא ציין מספר זהות \_\_\_\_\_

במידה והמוטב הוא מוסד פיננסי נא ציין מספר הלוואה \_\_\_\_\_

כתובת מלאה:

עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

### ידוע לי כי:

קביעת המוטב הבלתי חוזר מותנה באישור "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן: החברה) ותיכנס לתוקף מייד עם אישורה של ה"חברה".

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

החברה מתחייבת להודיע ל"מוטב הבלתי חוזר" תוך 30 יום מראש קודם לביטול הפוליסה.

במקרה ביטול הפוליסה, תפוג חבותה של החברה על פי נספח זה

הוראה זו תכנס לתוקף ביום \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה \_\_\_\_\_

