

בקשה לשינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסת פרט (הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול)

מספרי פוליסה/ות לשינוי _____

א. פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	
ישוב		רחוב		מספר בית/ת.ד.	
טלפון		נייד		פקס	
		דוא"ל		@	
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 ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל לידעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.					
ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי 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 או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)		<input type="checkbox"/> 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)?		<input type="checkbox"/> 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)?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים			
האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן _____			

*ככל ולא תענה לשאלה זו, תקבע ברירת מחדל כ"מעשן"

לתשומת ליבך, הגביה תתבצע לפי המדד הידוע במועד קבלת הבקשה בחברה או המדד הידוע במועד קבלת מלוא המסמכים הדרושים לביצוע הבקשה, המוקדם מביניהם.

ב. הוספה ו/או הגדלה של כיסוי בפוליסת פרט מסוג פרופיל בלבד (קוד פנימי 65)

יש להעביר מסמכי הוכחת מצב בריאות על-פי סך-כל סכומי הביטוח - הקיימים והנוספים.

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	הפיצוי החדושי	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	אופן רכישת הכיסויים הביטוחיים
ביטוח למקרה מוות*	עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה** <input type="checkbox"/> כולל חסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חסכון מצטבר	ש"ח _____	עד תום תקופת הביטוח	מתוך התגמולים
כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"*** פרמיה משתנה כל שנה תקופת המתנה 3 חודשים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה	ש"ח _____	גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מחוץ לתגמולים
	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה - 1 חודש			
תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח*****				
		62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/>		

* פוליסות מסוג פרופיל דינאמי שתחילת הביטוח 1/2013 ואילך מבוטח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת רפואית, יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמבוטח אשר נחתמה על-ידו בצירוף המסמכים הדרושים לצורך ביצוע הבקשה על פי דרישת החברה שתימסר לחברה עד 90 יום מיום קרות האירוע המזכה (נישואין ו/או הולדת ילד) ולא יאוחר מהגיעו של המבוטח לגיל 45, ובתנאי שגובה סכום הביטוח הנוסף אשר אפשר לרכוש בגין כל מקרה זכאות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת הכיסוי הביטוחי המקורי. המבוטח יהיה זכאי להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח.

** אם לא סומנה אחת מהאפשרויות לעיל, הפוליסה תופק לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חסכון מצטבר.

*** בעת רכישת/הגדלת "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה, מסמך הנמקה ואישור רואה חשבון על גובה הכנסות מעבודה בשנתיים האחרונות (כל שנה בנפרד).

**** סכום תגמולי הפיצוי החדושי 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 לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

***** לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.

***** ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאבדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

ג. ביטול ו/או הקטנה של כיסוי ביטוחי (קוד פנימי 60)

שם הכיסוי	ביטול מלא	הקטנת סכום הביטוח (יש לכתוב את סכום הביטוח לאחר הקטנה)
ביטוח למקרה מוות	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אובדן כושר עבודה - כולל שחרור	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אובדן כושר עבודה - לא כולל שחרור	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____
אחר _____	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____

ד. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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).

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.

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

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 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 או מספקים לה שירותים.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיור 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 דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

אני מאשר.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____
 חתימת המבוטח בעל הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטל 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. ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן/ן חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. מובהר, כי גם אם מסרתי מידע ו/או מסמכים רפואיים ו/או הצהרתי על מידע ו/או מסמכים כאמור במסגרת פוליסות בענפי ביטוח אחרים אצל המבטח (להלן: "המידע הרלוונטי"), אך לא מסרתי את המידע הרלוונטי למבטח במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעות במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים כאילו לא גיליתי למבטח את המידע הרלוונטי. 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 הצעתי 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 _____ ש"ח 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 צרכים להימסר במשדירי 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.

* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים 1(12) ו-1(22) לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס.

הצהרת הסוכן

- 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.
- 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.
- אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אובדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוסס בקרן פנסיה חדשה.
- 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 מותאמת הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת הסוכן חתימת הסוכנות