

בקשה לשמירת כיסויים ביטוחיים בהפחתת שכר

א. פרטי מבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
רחוב	מספר בית	יישוב	תאריך לידה
מספר טלפון	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			
לידיעתך, 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 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 לקוחות בטלפון *5454.			

הריני להודיעכם כי החל מחודש _____ הופחת שכרי בשיעור של _____ %

אבקש לשמור על הכיסויים הביטוחיים בפוליסה/ות מספר: _____

בהתאם לשכרי המלא למשך תקופה של _____ חודשים (לא יותר מ-12 חודשים)

באמצעות:

- כרטיס אשראי או הוראת קבע
- ניכוי מצבירה שמקורה בתגמולים (חלופה זו אפשרית בכפוף להוראות הפוליסה והדין, וככל שקיימת בפוליסה יתרה מספקת)

ידוע לי כי:

- באפשרותי להגיש בקשה זו רק ביחס להפחתת שכר בשיעור של לפחות 20%, שבוצעה החל מ-1.2.2020 ועד ליום 6.7.2021.
- באפשרותי להגיש בקשה זו תוך 3 חודשים ממועד הפחתת השכר.
- ככל שיתברר כי שיעור הפחתת השכר המבוטח היה נמוך מ-20%, הכיסוי הביטוחי יהיה בהתאם לשכר המבוטח המופחת.
- התשלומים בתקופה זו לא יתווספו ליתרה הצבורה, אלא ישמשו לשמירת הכיסויים הביטוחיים בפוליסה/ות בלבד.

לידיעתך, אי העברת תשלומים לפוליסה במועדים הקבועים בתנאי הפוליסה, תגרור הפסקת הכיסוי הביטוחי.

לפרטים נוספים ניתן ליצור קשר עם שירות לקוחות בטלפון *5454

*המכתב מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ולנשים כאחד.

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.

איני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

נא לשלוח אלינו את הטופס בכתובת דואר אלקטרוני:

claldocs@clal-ins.co.il



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף
מספר חשבון	קוד מוסד	שם המוסד (המוטב)	
	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 _____

מיקוד	יישוב	מספר	רחוב

1. מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומציאו 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 הלואות).

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 יעשה 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.

9. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

10. 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 <input type="checkbox"/> 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 שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

