

בקשה לשמרות כיסוי ביטוחי זמן בפוליסות תגמולים לעצמאים

א. פרטי המבוטח

| | | | | |
|------------|---------|-----------|---|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | מין <input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה | תאריך לידה |
| רחוב | | מספר בית | יישוב | מיקוד |
| מספר טלפון | | דוא"ל | @ | |

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נספנות בקבוצת כל, תשלחנה אליו מסמכים והודעות (לברות מסמכי הפולישה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצר הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כל, באמצאות: **דואר אלקטרוני** (דואר אלקטרוני או מסרנן טלפון נייד) **דואר רגילה** (דואר אלקטרוני או מסרנן טלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ידוע לי כי פרטיה ההתקשרות שמסרתתי לעיל (מספר טלפון נייד וכ כתובת דואר אלקטרוני) יעדכו במערכות כל החברות מקבוצת כל, עברו כל מוצר הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אלו. כל שברצונך לעדכן את ההසכמתות האמורתי/^{*} או את פרטייך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות לקוחות בטלפון 5454.

ב. הקפתת תשלומיים שוטפים ושמירת הcisויים הביטוחיים

אני מבקש הקפתת תשלומיים שוטפים ושמירת הcisויים הביטוחיים בפוליסות הבאות:

| מספר פולישה | עד תאריך | מתאריך | מספר פולישה | עד תאריך | מתאריך |
|-------------|----------|--------|-------------|----------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |

עלות הcisויים הביטוחיים תשולם באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות ניכוי מבירה שמקורה בתגמולים (חולפה זו אפשרות בכפוף להוראות הפלישה והדין, וככל שקיים בפולישה יתרה מספקת)
- באמצעות כרטיס אשראי או הוואת קבע, ככל והפולישה לא משולמת בcredtis אשראי/וואת קבע, עליך לצרף טופס אמצעי תשלום – כרטיס אשראי/הקמת הרשה לחיבור חשבון בנק – טופס 135.

לידעתך, תקופה מקסימלית לשמרות הcisויים הביטוחיים הינה 24 חודשים או תקופת ההפקודות לחסוך הרציפה الأخيرة, לפי המוקדם מביניהם. במידה והין מעוניין לשמור על הcisויים הביטוחיים מעבר ל-12 חודשים וברשותך פולישה מסוג עדיף, הין מתבקש לפנות אלינו בתום 11 חודשים לצורך הארכת התקופה.

יובהר כי:

- התשלומים בתקופה זו לא יתווסף ליתריה הצבורה, אלא ישמשו לשמרות cisויי הביטוח בפולישה בלבד.
- ככל וקיים cisוי למשך מותם כולל צבירה, סכום הביטוח יומר לסכום ביטוח בתוספת צבירה.

לידעתך, בתום תקופת הביטוח, cisוי הביטוח יבוטל והפולישה תסולק.

ג. חתימת המבוטח

חתימת המבוטח

תאריך _____

לפרטים נוספים ניתן ליזור קשר עם שירות לקוחות בטלפון *5454
נא לשלוח אלינו את הטופס בכתבך דואר אלקטרוני: claldocs@clal-ins.co.il

