

לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clal.co.il

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר הצעה - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הצעה לביטוח "חבילת חובה לעצמאים"

א. פרטי המועמדים לביטוח

המועמד הראשי לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*																
<table border="1"> <tr> <td>מין</td> <td>זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/></td> <td>מצב משפחתי</td> <td><input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>רחוב</td> <td>מספר</td> <td>ת.ד.</td> <td>מספר ילדים</td> </tr> <tr> <td>שם רופא</td> <td>קופת חולים</td> <td>כתובת דואר אלקטרוני @</td> <td>מספר נייד</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>מקצוע/עיסוק</td> <td>מיקוד</td> </tr> </table>				מין	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	רחוב	מספר	ת.ד.	מספר ילדים	שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני @	מספר נייד			מקצוע/עיסוק	מיקוד
מין	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>																
רחוב	מספר	ת.ד.	מספר ילדים																
שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני @	מספר נייד																
		מקצוע/עיסוק	מיקוד																

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:

מועמד ראשי לביטוח	מועמד שני לביטוח
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל	<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*.

המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*																
<table border="1"> <tr> <td>מין</td> <td>זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/></td> <td>מצב משפחתי</td> <td><input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>רחוב</td> <td>מספר</td> <td>ת.ד.</td> <td>מספר ילדים</td> </tr> <tr> <td>שם רופא</td> <td>קופת חולים</td> <td>כתובת דואר אלקטרוני @</td> <td>מספר נייד</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>מקצוע/עיסוק</td> <td>מיקוד</td> </tr> </table>				מין	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	רחוב	מספר	ת.ד.	מספר ילדים	שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני @	מספר נייד			מקצוע/עיסוק	מיקוד
מין	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>																
רחוב	מספר	ת.ד.	מספר ילדים																
שם רופא	קופת חולים	כתובת דואר אלקטרוני @	מספר נייד																
		מקצוע/עיסוק	מיקוד																

* קביעת הגיל לצרכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוחי").

מועמד ראשי	מועמד שני	נא לענות כן או לא לכל מבוסס
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	האם הנך שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?
לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	האם הנך בעל אזרחות ישראלית? ** אם לא, אך הנך בעל מעמד של תושב קבע או תושב ארעי יש לצרף להצעה הוכחת חברות בקופ"ח מעל לחצי שנה
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)***
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	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)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים

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





ב. פרטי המוטבים במות המבוטח (בחיי המבוטח ובתום תקופת הביטוח)*

מבוטח ראשי							
שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____							

מבוטח שני							
שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____							

*המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המועמד הראשי לביטוח (המבוטח)

ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח	01/____/20____	אופן התשלום	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע
--------------------	----------------	-------------	---	-------------	---

ד. סוג התכנית: פרופיל דינמי הדור החדש - עצמאי (מוכר כקופת גמל לעצמאים)

סוג הפקדה	הפקדה בש"ח	סוג הכספים	דמי ניהול	לגיל
חודשית		הפקדה שוטפת	4% _____	גיל המועמד לביטוח בתום תקופת הביטוח* (אם לא תסמן, הגיל יקבע עפ"י גיל 68)
חד פעמית		חיסכון מצטבר	1.05% _____	<input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל): תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים הערות: יש למלא "הצהרה להלבנת הון"

ה. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש - עצמאי"

המסלול	מודל השקעות תלוי גיל	מניות	אג"ח	שקלי קצר	שקלי	הלכה	אג"ח 15%	מחקה מדד S&P 500	משולב סחיר	עוקב מדדים גמיש	סה"כ
% ההשקעה	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	100%

*לתשומת ליבך במידה ולא נבחר מסלול השקעה, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל.

ו. כיסויים ביטוחיים "פרופיל דינמי - הדור החדש - עצמאי"

סוג הכיסוי	הכיסוי הביטוחי	הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	אופן רכישת הכיסויים הביטוחיים
כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" פרמיה משתנה כל שנה תקופת המתנה 3 חודשים	פיצוי ושחרור הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	ש"ח _____	גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	בנוסף לתגמולים
	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש			
	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח.		<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	

* כסום הביטוח של הכיסוי הביטוחי אבדן כושר עבודה כפוף למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על פי האמור בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה מגן הכנסה ובכפוף להסדר התחיקתי או למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מעל ההפקדות לקופת גמל, בכפוף להנחיות הרשות וההסדר התחיקתי
 ** 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).
 *** כסום תגמולי הפיצוי החודשי 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.

ז. הפקדות חד פעמיות

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלכל ביטוח" כסומו ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה

מעמד העמית בקופה המקבלת

עצמאי שכיר (לאחר עזיבה בלבד)

סוג הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת	לתשומת לבך:
כספים הוניים	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	1. בהעברות כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים).
כספים קצבתיים	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית לקצבה	2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי הקצבה.

הפקדה חד-פעמית שאינה במסגרת העברה בין קופות גמל

מטרת ההפקדה	פיצויים	תגמולים
כסומו ההפקדה		

ח. קצבה מיידית

מעוניין לבצע הפקדה/ת/ו/או ניווד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הניוד, לפי המאוחר. **הערות:**

- לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים.
- לצורך קבלת הקצבה יש למלא ולהגיש לחברה טופס "בקשה לקבלת מידע על אפשרויות קצבה" או טופס "בקשה למימוש זכויות בקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים", לפי העניין.

ט. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

תאריך התחלת הביטוח _____/____/2001 אופן התשלום חודשי אופן הגבייה כרטיס אשראי הוראת קבע

י. כיסויים ביטוחיים בפוליסה מסוג "ספיר"

• הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר (מסוג ספיר בפרמיה משתנה). • תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום למטה, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי. • ההצעה למועמד הראשי והמועמד השני, מהוות הצעות נפרדות ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המבוטח הראשי או השני, אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המבוטח הראשי או השני בהתאמה.

סוג הכיסוי	לגיל	מועמד ראשי כסומו הביטוח	לגיל	מועמד שני (פוליסה נפרדת) כסומו הביטוח
ספיר ביטוח חיים במקרה מוות בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי) כל שנה	80	ש"ח _____	80	ש"ח _____
מוות מתאונה*	65	ש"ח _____	65	ש"ח _____
נכות עקב תאונה*	65	ש"ח _____	65	ש"ח _____
כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67:	פיצוי ושחרור*** כסומו הפיצוי החודשי ש"ח _____	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67:	פיצוי ושחרור*** כסומו הפיצוי החודשי ש"ח _____
	60 <input type="checkbox"/>	הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה	60 <input type="checkbox"/>	הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה
	62 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי	62 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי
	64 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בתאונות עבודה	64 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בתאונות עבודה
	65 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	65 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש
	67 <input type="checkbox"/>	שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה	67 <input type="checkbox"/>	שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה
		<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש		<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

* כסומו הביטוח לכיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה לא יעלה על כסומו הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".
** בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח.

*** כסומו תגמולי הפיצוי החודשי 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 ולאובדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאובדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.



יא. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

ב. במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד שני	מועמד ראשון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח ** - יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח

ג. יש למלא בהצעה לרכישת פוליסה ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

מועמד שני	מועמד ראשון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים

ד. יש למלא במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:

מועמד שני	מועמד ראשון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהוברה לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה

שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל ערכו של 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 שסיפק לה מידע) 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 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 אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מאשר

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד השני לביטוח

תאריך _____

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך _____

* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים (1)1 - 2) לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס.
** הטיפול בבקשת הצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

יב. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים המשווקים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה חתימת המועמד השני

יג. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%

חתימת המועמד לביטוח תאריך _____



ד. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

1. אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, 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.
2. 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.
3. אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר **שאינו** מבוטח בקרן פנסיה חדשה.
4. **ביטוח שנערך שלא אגב חסכון פנסיוני**
 4.1 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 מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ/הסוכן הפנסיוני חתימת הסוכנות

טו. הלבנת הון

בהתאם לצו איסור הלבנת הון, יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח והצהרת בעל פוליסה/מבוטח

טז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח – יש להקריא למועמד ולסמן במידה ומבקש

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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 להודיע עכשיו שאתה מבקש שלא להעביר את הפרטים. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח		
מועמד ראשון	מועמד שני	אני מאשר שאינני 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



אמצעי תשלום - ביטוח חיים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

כתובת הסניף	מספר סניף	מספר בנק	שם הבנק
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב)		קוד מוסד
	כלל חברה לביטוח בע"מ		628

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.

אנו הח"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק) ("הלקוחות"):

פוליסה לעדכון	שם בעלי חשבון הבנק	מספר זהות/ח.פ.

מיקוד	יישוב	מספר רחוב

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

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 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.

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 _____ מספר 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

מספר כרטיס אשראי	תוקף	סוג הכרטיס
		<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אחר: _____
מספר זהות		שם בעל כרטיס אשראי
מיקוד	יישוב	מספר

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 וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

כלל חברה לביטוח בע"מ





יז. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

1. פרטים כלליים

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
ראשי				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
שני				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			

שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון		אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני
			כן	לא
1. האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?				
2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?				
3. האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?				
4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?		א		
5. האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, פוליפוזיס של המעי?		ב		

3. האם אובחנה אצלך אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים		אות השאלון	מועמד ראשי	מועמד שני
			כן	לא
1. במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.		ג		
2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.		ד		
3. בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.		ה		
4. בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.		ו		
5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.		ז		
6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.		ח		
7. בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.		ט		
8. בכבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.		י		
9. בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.		יא		
10. מחלה מטבולית, הרמונית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינומיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.		יב		
11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.		יג		
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.		יד		
13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.		טו		
14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.		טז		
15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.		יז		
16. אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.		יח		
17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שריוני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.		יט		
18. מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.		כ		

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
 צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו <input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	דואר אלקטרוני	

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות⁶ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁷ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
 * אם מועבר מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
 * בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
 * אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)
 שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של יפוי הכוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים עד ליום

ולראיה באתי על החתום

חתימת הלקוח _____ תאריך החתימה _____

שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך חתימה _____

1 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.

2 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.

3 "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.

4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

5 "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

