



**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____ - _____
	_____ - _____

מספר טופס **6**

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס  
קוד שובר:

**מקור מכירת הביטוח:**

מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח

## הצעה לביטוח חיים - וחבילת "כלל כפול למשפחה"

### א. פרטי בעל הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
רחוב							
כתובת דואר אלקטרוני	@	מספר טלפון	מספר נייד				

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 שני לביטוח	מועמד ראשי לביטוח	המציע/ בעל הפוליסה
<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	<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 הלקוחות בטלפון \*5454.

### ב. פרטי המועמד/ים לביטוח

#### המועמד הראשי לביטוח

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

#### המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מס' ילדים	מס' נייד	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	תאריך לידה*
רחוב							
כתובת דואר אלקטרוני	@	קופת חולים	מקצוע/עיסוק	מיקוד			

#### נא לענות כן או לא לכל מבוטח

מועמד שני	מועמד ראשי	שאלה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?
<input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן	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 ואישור ניהול חשבון
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם הנך מעשן/ת 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 _____	<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 _____	<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)? אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים

\*קביעת הגיל לצורכי הפוליסה למעט כיסוי אובדן כושר עבודה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה ("גיל ביטוח").

### כלל חברה לביטוח בע"מ

**פרטי המוטבים\***

**מבוטח ראשי**

שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה  יורשים חוקיים  חברה  רשום ח"פ \_\_\_\_\_

**מבוטח שני**

שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה  יורשים חוקיים  חברה  רשום ח"פ \_\_\_\_\_

\*המוטבים לכיסוי ברקת נא למלא בסעיף 1.

**ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה**

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה
01/____/20____	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי

**ד. חבילת "כלל כפול למשפחה"**

הערות	מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח	מועמד שני סכום ביטוח בש"ח	לגיל	סוג הכיסוי
סכום ביטוח מינימלי 500,000 ש"ח			80	<input type="checkbox"/> ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה
			65	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה*
סכום ביטוח מקסימלי 1,000,000 ש"ח			65	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה*
1. ניתן לרכוש כיסוי שחרור למועמד אחד בלבד. 2. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 4. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש			60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. <b>הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

\*סכום הביטוח לנכות ומוות מתאונה לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".



**הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי - יש למלא בעת רכישת "כלל כפול למשפחה"**

מועמד ראשי			
שם משפחה	שם פרטי	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד שני			
שם משפחה	שם פרטי	משקל בק"ג	גובה בס"מ

מועמד ראשי		מועמד שני		אות שאלון	האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר הקשורים ל: (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)
כן	לא	כן	לא		
				ג	1 מערכת העצבים והמוח
				ד	2 נפש
				ה	3 דרכי הנשימה, ריאות
				ו	4 עור
				ז	5 לחץ דם מערכת הלב וכלי הדם (לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות)
				ח	6 מערכת העיכול (למעט בקעים)
				י	7 כבד, במרה, בלבלב
				יא	8 כליות בדרכי השתן וערמונית
				יב	9 מחלה מטבולית - חילוף חומרים (לרבות סכרת) ו/או במערכת האנדוקרינולוגית (בלוטות)
				יג	10 דם, טחול, מערכת החיסון
				יד	11 מחלות זיהומיות, מחלות מין לרבות איידס
				טו	12 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני)
				טז	13 מערכת השלד והשרירים
				יז	14 מערכת הראיה
				יח	15 אף, אוזן, גרון
				יט	16 מערכת המין והרבייה
				כ	17 מחלות ראומטיות
					18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
				א	19 האם הנך צורך/צרכת סמים כעת או בעבר?

מועמד ראשי	מועמד שני	אות שאלון	שאלות נוספות על כל תשובה חיובית, יש למלא גם את השאלון המתאים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	כא-כב	3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?

**חתימות המועמדים על הצהרת הבריאות**

תאריך _____	שם המועמד הראשי _____	חתימת המועמד הראשי X _____
תאריך _____	שם המועמד השני _____	חתימת המועמד השני X _____





**ה. כיסויים ביטוחיים – לא במסגרת חבילת "כלכל כפול למשפחה" (יש למלא הצהרת בריאות מלאה בסעיף ט')**

מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח	לגיל (מועמד שני)	מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח	לגיל (מועמד ראשי)	סוג הכיסוי
ש"ח _____	80	ש"ח _____	80	<b>ספיר – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה</b>
ש"ח _____	65	ש"ח _____	65	<b>מוות מתאונה**</b>
ש"ח _____	65	ש"ח _____	65	<b>נכות מתאונה**</b>
<input type="checkbox"/> <b>פיצוי ושחרור***</b> <b>סכום הפיצוי החודשי</b> ש"ח _____ <b>הרחבות****:</b> <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 <input type="checkbox"/> <b>שחרור בלבד</b> <b>הרחבות****:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח	<input type="checkbox"/> <b>פיצוי ושחרור***</b> <b>סכום הפיצוי החודשי</b> ש"ח _____ <b>הרחבות****:</b> <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 <input type="checkbox"/> <b>שחרור בלבד</b> <b>הרחבות****:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח	<b>כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"****</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה

\* הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר. תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, 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. סכום הביטוח לכיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה לא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר".

\*\* סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע הכנסה 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.

\*\*\* בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח.

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

**ו. חבילת כלל מגן למשפחה פלוס – תופק בפוליסה נפרדת (יש למלא הצהרת בריאות מלאה בסעיף ט')**

פרטי המוטבים במוות המבוטח הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
				X		ביטוח יסודי (ספיר)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)

פרטי המוטבים במוות המבוטח השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
				X		ביטוח יסודי (ספיר)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)
						ביטוח נוסף - הכנסה למשפחה (ברקת)

\* **ספיר** - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מידי שנה, **הכנסה למשפחה (ברקת)** - ביטוח חיים לתשלום חודשי במקרה מוות בפרמיה משתנה. תום תקופת הביטוח בביטוח נוסף הכנסה למשפחה (ברקת) יהיה עד 52 שנים ממועד הצטרפות לכיסוי או עד גיל 80 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

הערות	מועמד שני	מועמד ראשי	לגיל	סוג הכיסוי
1. ניתן לרכוש כיסוי שחרור למועמד אחד בלבד. 2. אם לא נבחר גיל, הביטוח ירכש לגיל 67. 3. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 4. לא ניתן לרכוש יחד את שתי ההרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> <b>שחרור בלבד "מגן הכנסה"</b> - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים. <b>הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

**ז. הצהרת מועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה**

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "**המבטח**") לבטח 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 חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח בנין 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/ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעתי במסגרת פוליסות/ביטוח חיים כאילו לא גיליתי למבטח את המידע הרלוונטי. לי 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 הצעת 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 \_\_\_\_\_ ₪ לחודש/לשנה ("הכנסה צפויה מעבודה").

ו. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבטוחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מכל הכנסתי מעבודה.

ז. ידוע לי שהודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

ח. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה ישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה 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 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.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח  ולבעלות על הפוליסה

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח

\* הכנסה מעבודה בפועל - השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים 1(2) ו- 2(2) לפקודת מס הכנסה כפי שמדווחים לרשויות המס.

**בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי שאיננה אגב מכירה פנסיונית ובמקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה") ו/או ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה, לפי העניין:**

במידה והנך מעוניין לבטל פוליסה מקורית, יש לסמן את אופן הביטול:		
אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון
אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון
אני מעוניין כי בקשת הביטול תשלח באמצעות כלל ביטוח ** - יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון
<b>אישור לרכישת הכסוי המוצע בנוסף למוצר הקיים</b>		
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 וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון
<b>אישור לרכישת כסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, בנוסף לביטוח חיים סיכון בלבד</b>		
בכוונתי לרכוש את כסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהובהר לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או ביטוח נכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון

\*\* הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

**ח. 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 כסוי אבדן 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 מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות





**ט. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי (לרוכשים כיסויים בסעיף ה' ובסעיף ו')**

**1. פרטים כלליים**

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

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון							
מועמד ראשי		מועמד שני		אות השאלון			
כן	לא	כן	לא	א	ב		
						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?	
				א		4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?	
				ב		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?	

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								
מועמד ראשי		מועמד שני		אות השאלון				
כן	לא	כן	לא	ג	ד	ה	ו	
				ג				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.
				ד				2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.
				ה				3. בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
				ו				4. בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.
				ז				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.
				ח				6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.
				ט				7. בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.
				י				8. בכבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.
				יא				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.
				יב				10. מחלה מטבולית, הרמונית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינומיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
				יג				11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
				יד				12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.
				טו				13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.
				טז				14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
				יז				15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.
				יח				16. אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
				יט				17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שריני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
				כ				18. מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.

101062 L006 | הצעה ליל כפול למשפחה 08/2022



4. שאלות נוספות				
מועמד שני	מועמד ראשי		אות השאלון	
	כן	לא	כן	לא
				1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה
				2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט:
			כא-כב	3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?
			כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?

חתימות המועמד/ים על הצהרת הבריאות	
תאריך _____ שם המועמד הראשי _____	חתימת המועמד הראשי לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>
תאריך _____ שם המועמד השני _____	חתימת המועמד השני לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>

1. הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית	
<p><b>(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)</b> <b>לכבוד: המוסד לביטוח לאומי</b> קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי אני החתום מטה המועמד הראשי _____ מספר תעודת זהות _____ אני החתום מטה המועמד השני _____ מספר תעודת זהות _____</p> <p>א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח ו/או מי מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.</p>	<p>ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. ג. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נתני השירותים הנ"ל. ד. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.</p> <p><b>הצהרת המועמדים לביטוח</b> אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.</p> <p><b>ולראיה באתי על החתום:</b> תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____ תאריך _____ חתימת המועמד השני _____</p>

הצהרת הסוכן	
בחתימתי זו אני מאשר כי: _____, ת.ז. _____, -י, _____, ת.ז. _____, _____, ת.ז. _____, _____, אשר זוהה/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני.	תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>

אישור תנאי קבלה מיוחדים	
אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%	תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח	
רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.	

# אמצעי תשלום - ביטוח חיים

## בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף
מספר חשבון	קוד מוסד	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
	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 _____

רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

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, וזיהיתי 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 רישיון 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 נלקוב 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 שיונפק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_

### כלל חברה לביטוח בע"מ







קוד מסמך: 1668

## הודעת ביטול פוליסה לפי חוזר צירוף לביטוח (נספח ג')

### עבור חברת הביטוח:

הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_,

ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_.



חתימת המבוטח

תאריך \_\_\_\_\_



קוד מסמך: 1668

## הודעת ביטול פוליסה לפי חוזר צירוף לביטוח (נספח ג')

### עבור חברת הביטוח:

הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_,

ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

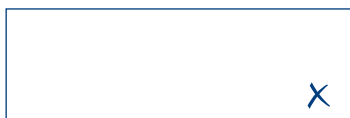
1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_.



חתימת המבוטח

תאריך \_\_\_\_\_