

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

## הצעה לרכישת הרחבה לפרק כיסוי ביטוחי אבדן כושר עבודה "כלל מגן ברות ביטוח"

למבוטח המצוי במצב של העדר תעסוקה מעל 12 חודשים ואינו נמצא בהסדר ריסק זמני בפוליסה

### א. פרטי המועמד לביטוח – לפי הרשום בתעודת זהות\*

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
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	מס' ילדים	מס' טלפון
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני	@		

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:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  דואר רגיל

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכת 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

\*נא תשומת לבך, כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי יעודכנו הפרטים הבאים: שם, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה ומין על פי הרשום במרשם האוכלוסין במשרד הפנים. האמור יחול גם לגבי פוליסות ביטוח חיים אחרות, ככל שקיימות בבעלותך. \*\* קביעת הגיל לצורכי הרחבה היא לפי גיל ביטוחי.

### ב. הכיסוי הביטוחי

סוג הכיסוי	תחילת ביטוח (תחילת הרחבה)	סכום ביטוח	הערות
כלל מגן ברות ביטוח	___/___/___	ש"ח _____	<p>1. הרחבה תסתיים בתום ששה חודשים מהמועד בו הסתיים מצב העדר התעסוקה של המבוטח והמבוטח החל לעסוק בעסק, משלח יד או עבודה כלשהיא בין כשכיר ובין כעצמאי או בתום חמש שנים מתאריך תחילת הרחבה, המוקדם מביניהם.</p> <p>2. סכום הביטוח לברות ביטוח מאפשר למבוטח להגדיל את השכר המבוטח ללא חיתום, במועד חזרתו לעבודה. <b>מובהר, כי הפיצוי החודשי לפי הרחבה זו לא יחול על מקרה ביטוח שארע בטרם נמסרה לחברה בקשת המבוטח ליימוש ברות הביטוח, והמבוטח לא יהיה זכאי לכל תשלום מהחברה לפי הרחבה זו בגין אירוע כאמור.</b></p> <p>3. <b>סכום הביטוח להרחבה זו לא יעלה על ההפרש בין סכום הפיצוי החודשי שרכש המבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי לאבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" לבין שכר מינימום במועד רכישת הרחבה זו.</b></p>

### ג. הצהרת המועמד לביטוח

א. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות ע"פ שיקול דעתה של החברה.

ב. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח במסגרת הרחבה זו, לרבות תיאור עיקרי הרחבה, סכום הביטוח, הפרמיה ותקופת הביטוח. כמו כן, במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי.

ג. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ

**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 שגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שישפיק 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.

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 חיגוי 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.

**אני מאשר**

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X

סוג ופרטי כרטיס האשראי	בתוקף עד	מספר כרטיס אשראי
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינינס <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
כתובת: רחוב	מספר	מיקוד

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 שיופיק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

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

אגף שוק ההון במשרד האוצר מקים 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 במוקד שירות לקוחות כלל בטלפון שמספרו \*5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

