

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 ההצעה	_____ - _____

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הנחת ארנק דיגיטלי - כלל בונוס
קוד שובר:

מקור מכירת הביטוח:
 מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח

כלל ריסק מקיף

הצעה לרכישת כיסויי ביטוח חיים

במקרה מוות, מוות מתאונה ושחרור למקרה אובדן כושר עבודה

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין	מצב משפחתי	מספר ילדים	מספר ניד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר טלפון	מיקוד
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
דואר אלקטרוני	מקצוע/עיסוק		

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 ו/או מסרון לטלפון נייד) **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.

האם הנך שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר? לא כן, פרט היכן _____

האם הנך בעל אזרחות ישראלית? לא, אך הנך בעל מעמד של תושב קבע או תושב ארעי יש לצרף להצעה הוכחת חברות ****** בקופ"ח מעל לחצי שנה ואישור ניהול חשבון

האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, רגילה)

האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)? לא 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)? לא כן, פרט _____

אם רלוונטי, מלא שאלון מתאים _____

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

ב. פרטי המוטבים במות המבוטח

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

לפי צוואה יורשים חוקיים חברה _____ רשום ח"פ _____

ד. הכיסוי הביטוחי

סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה	סכום ביטוח בש"ח	הערות
ספיר - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה מדי שנה*	80	ש"ח _____	סכום הביטוח לא יפחת מסך של 500,000 ש"ח ולא יעלה על סך של 3,000,000 ש"ח
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	65	ש"ח _____	סכום הביטוח לא יפחת מסך של 500,000 ש"ח ולא יעלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר"
<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" - עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים.	67	ש"ח _____	1. גיל תום תקופת הכיסוי יהיה בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח. 2. שחרור מתשלום הפרמיה לכיסוי ספיר ולכיסוי מוות מתאונה במקרה של נכות הגורמת לאבדן מוחלט או חלקי של כושר העבודה.

* מובהר, כי במקרה של הקטנת סכום הביטוח יתכן שינוי בתעריף, לתעריף הקיים בכלל ביטוח בהתאם לגובה סכום הביטוח המעודכן



ה. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

1. פרטים כלליים

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

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

כן	לא	אות השאלון	שאלון
			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, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מזדגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצוע הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)

כן	לא	אות השאלון	שאלון
		א	1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי
		ב	2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
		ג	3. בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
		ד	4. בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
		ה	5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איישה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)
		ו	6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה
		ז	7. בקע/הרניה - לרבות מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
		ח	8. בכבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס)
		ט	9. בכליות בדרכי השתן וערמונית - 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
		י	10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוסט), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינמיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
		יא	11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
		יב	12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
		יג	13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני
		יד	14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופרוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
		יז	15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
		יח	16. באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
		יט	17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשר טמיה וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
		כ	18. מחלות ראוטטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה

4. שאלות נוספות

			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 ו/או בדיקות מעבדה?
		כג	4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?

חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 1-4)

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ חתימת המועמד לביטוח X _____



ה. הצהרת המועמד/ים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

(השימוש במידע שיתקבל יעשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב תביעות בלבד)
לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
 קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי
 אני החתום מטה _____
 מספר תעודת זהות _____

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטוח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטוח 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.

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 נותני השירותים הנ"ל.
 ד. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

הצהרת המועמדים לביטוח
 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.

ולראיה באתי על החתום:
 תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

הצהרת הסוכן/נציג מכירות

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ד. _____, אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה חתם/חתמתי על ויתור סודיות רפואי זה בפני.
 תאריך _____ שם הסוכן/נציג מכירות _____ חתימת וחותמת הסוכן/נציג מכירות X _____

ו. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%
 תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

ז. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמד 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 כנות 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 פוליסת ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסת/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני 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 פוליסת בענפי ביטוח אחרים אצל המבטח (להלן: "**המידע הרלוונטי**"), אך לא מסרתי את המידע הרלוונטי למבטח במסגרת פוליסת/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסת/ות ביטוח חיים כאילו לא גיליתי למבטח את המידע הרלוונטי. לא 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 הצעתה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.
 ה. ידוע לי שההודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.
 ו. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה ישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפך לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.
 ז. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי הוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי המכשיר הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרמיה, הכוללת הנחות ותוספות ככל שקיימות.

ב. **מקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):**
 נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
 ט. **במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:**
 אני מעוניין לבטל בעצמי את הפוליסה המקורית
 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח
 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות כלל ביטוח**
 י. יש לצרף "טופס בקשת ביטול פוליסה בחברת ביטוח אחרת" מלא וחתום ע"י המבטח

ב. **מקרה בו קיים כבר מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):**
 ככוונתי 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.
 יא. **יש למלא במקרה בו ברשות המועמד ביטוח חיים סיכון בלבד:**
 ככוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה, למרות שהוברה לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד.
 יב. **שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:**
 אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל ערכו שלו 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 שישפך 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 אליי, 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 X _____



ח. הצהרת הסוכן

1. 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.
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. 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.
4. אני או מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשאה שמסר המועמד לביטוח לצורך פנייה להר הביטוח ולא לעשות בה כל שימוש לאחר שיפוג תקופה של ההרשאה.
5. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות פרמיה לרבות הנחות ותוספות ככל שקיימות.
6. אם רכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי - במסגרת הליך בירור הצרכים, ככל שנמצא שיש למועמד לביטוח מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות, הסברתי למועמד כי הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
7. אם המועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.

חתימת הסוכנות X

חתימת הסוכן X

תאריך _____

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

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 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: מהות/סוג התשלום
 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.
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
 4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. ויבהר 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 נזקוב 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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

כלל חברה לביטוח בע"מ

