

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

חבילת "שוהם מקיף" הצעה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון הלוואת משכנתא וכיסוי שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה

א. פרטי המועמדים לביטוח

המועמד הראשי לביטוח

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	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
				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:

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

המועמד השני לביטוח

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	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד	דואר אלקטרוני
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
				מקצוע/עיסוק

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

נא לענות כן או לא לכל מבטח	מועמד ראשי	מועמד שני
האם הנך שוהם בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
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, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסכים נוספים** <input type="checkbox"/> כן
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	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____



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

מועמד ראשי				מועמד שני			
שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס/קרבה	חלק %	שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	יחס/קרבה	חלק %
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____				<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ _____			

ג. תאריך התחלת הביטוח, אופן התשלום והגבייה

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

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר*

שוהם			
שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
פרטי הבנק המלווה הכתובת			
ספיר			
שם הבנק המלווה	מספר הבנק/המלווה	מספר הסניף	מספר הפקס
פרטי הבנק המלווה הכתובת			

*הוראה זו ניתנת לביטול או שינוי רק על-פי הוראה בכתב מאת "המוטב הבלתי חוזר"

ה. פרטי הביטוח לכיסוי ההלוואות של המועמדים לביטוח

"שוהם" – סכומי הביטוח לכיסוי ההלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (לוח שפיצר)

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
מספר הלוואה (מומלץ)				
סכום הביטוח בש"ח*				
תקופת הביטוח (בשנים) לא יותר מגיל 85				
סוג ההלוואה	ריבית קבוע _____ % ריבית משתנה _____ %	ריבית קבוע _____ % ריבית משתנה _____ %	ריבית קבוע _____ % ריבית משתנה _____ %	ריבית קבוע _____ % ריבית משתנה _____ %

"ספיר" – סכומי הביטוח קבועים לכיסוי ההלוואות/בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף

פרטי ההלוואות של המועמדים לביטוח	הלוואה מספר 1	הלוואה מספר 2	הלוואה מספר 3	הלוואה מספר 4
ספיר בפרמיה משתנה מדי שנה סכום הביטוח בש"ח				
מספר הלוואה (מומלץ)				
לגיל	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>

הצהרות מבוטח לגבי הריבית הסופית של ההלוואה

- ידוע לי כי במקרה של הלוואה בשיעור ריבית משתנה או הלוואה בריבית פריים, תקבע הריבית הסופית בפוליסה על פי ריבית בשיעור שנתי קבוע השווה לריבית ההלוואה (בריבית פריים = ריבית פריים הידועה במועד ההצעה +/- מרווח הריבית שקבע המלווה) בתוספת של 2.5% לשנה לשיעור ריבית זה.
- ידוע לי כי קביעת סכום הביטוח, הפרמיה וההשתנות, בכל שנת ביטוח היא על פי: גיל המבוטח, מגדר, סטטוס עישון, תקופת ההלוואה והריבית הסופית בפוליסה.
- ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי ההלוואות בפוליסה הן על פי השתנות הקרן וריבית בתשלומים שנתיים (שנת ביטוח) שווים וצמודים למדד (לוח שפיצר).
- ידוע לי, כי יכול שיווצר פער בין סכום הביטוח לבין יתרת הלוואת המשכנתא אצל המוסד הפיננסי המלווה וכי באפשרותי להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח באמצעות פניה חתומה בכתב על ידי המבוטח ועל ידי המוסד הפיננסי המלווה לחברת הביטוח לצורך הקטנת הסכום המבוטח.

חתימת המועמדים לביטוח על תנאי ההלוואה:

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי X _____ חתימת המועמד השני X



1. כיסויים ביטוחיים

מבוטח	סוג הכיסוי	לגיל תום תקופה	הערות
מבוטח ראשי	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	1. שחרור תשלום הפרמיה לכיסוי שוהם במקרה של נכות הגורמת לאבדן מוחלט או חלקי של כושר העבודה. 2. גיל הצטרפות מקסימלי לכיסוי – גיל ביטוחי 60 3. קבלה לכיסוי כפופה להליך חיתום
מבוטח שני	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת ההמתנה 3 חודשים	*67 או תום תקופת ביטוח בפוליסה, המוקדם מביניהם	*בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח

2. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

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

האם אובחנה אצלך מחלה ו/או הפרעה ו/או מום, אחד או יותר, הקשורים ל:				
במידה והתשובה חיובית, יש למלא את השאלון המתאים				
מועמד ראשי	מועמד שני	אות שאלון		
כן	לא	כן	לא	ק
		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	
		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 ראוטיות	
			18 האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?	
			19 האם הנך צורך/צרכת סמים קעת או בעבר?	

שאלות נוספות על כל תשובה חיובית, יש למלא גם את השאלון המתאים				
מועמד ראשי	מועמד שני	אות שאלון		
כן	לא	כן	לא	ק
			1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי?	
			2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה?	
			3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה?	
			4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?	

הערה: למועמד לביטוח מעל גיל 65 נדרש לצרף להצהרת הבריאות דו"ח אבחנות וטיפול מרופא מטפל

חתימת המועמדים על סעיפים הכוללים את הצהרת הבריאות:

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי X _____ חתימת מועמד שני X



ח. 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 הח"מ המועמד הראשי _____
 מספר תעודת זהות _____
 אני הח"מ המועמד השני _____
 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 אודותי, 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.

ולראיה באתי על החתום:
 תאריך _____ חתימת המועמד הראשי
 תאריך _____ חתימת המועמד השני

ט. הצהרת הסוכן/נציג המכירות

בחתימתי זו אני מאשר כי _____, ת.ז. _____, ת.ז. _____, אשר זוהה/זוהו על ידי על פי תעודה מזהה, חתם/חתמו על ויתור סודיות רפואי זה בפני.
 תאריך _____ שם הסוכן/נציג המכירות _____ חתימת וחותמת הסוכן/נציג המכירות

י. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, מבקש בזה מבצל 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 במקרה של העלמת מידע ו/או בהצהרת הבריאות עליהן/חתימתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו 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/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסות/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 החתום מטה, (למעט מבטוח קיים בפוליסה קולקטיבית לכיסוי הלוואת משכנתא אצל המבטח וערך עסקת מחזור משכנתא, אצל מלווה שונה מהמלווה בפוליסה הקולקטיבית) המועמד לבעלות על הפוליסה ולביטוח מצהיר כי הובא לידעתי כי פוליסה זו היא פוליסת ביטוח למשכנתא בתנאים ובתעריפים חדשים בכפוף לעריכת הליך חיתום וכי בעת מחזור משכנתא (ככל שקיימת פוליסה לביטוח חיים למקרה מוות אצל המבטח) ובתנאי שלא חל שינוי בסכום הביטוח ו/או הארכת תקופת הביטוח כפי שקיימת ערב מילוי ההצעה (לעיל ולהלן: "עסקת מחזור משכנתא"), באפשרותי לבקש מהמבטח המשך של הפוליסה הקיימת באותם התנאים ללא צורך בעריכת הליך חיתום.

ה. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

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

ז. 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 או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

ולראיה באתי על החתום:
 תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____
 תאריך _____ חתימת המועמד השני _____

ח. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה לאתר הר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרמיה, הכוללת הנחות ותוספות ככל שקיימות.

ט. במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):
 נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

י. 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

יא. 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 וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים

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 שיוגד לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל 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 בדיור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוב אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.
 איני מאשר.

ולראיה באתי על החתום:
 תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____
 תאריך _____ חתימת המועמד השני _____

** הטיפול בבקשת הצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוטע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת

07/2022 | הענה לביטוח חיים למקרה מוות לפירעון משכנתא L043 101093



יא. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת כי ידוע לי שהזכאות להטבת כיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה" במסגרת החבילה בהנחה בשיעור של 100% עד תום תקופת הביטוח בפוליסה או עד הגיע המועמד לביטוח לגיל 67, המוקדם מביניהם, מותנית בגין כל אחד מהמועמדים לביטוח בעמידה בתנאים המצטברים הבאים:

1. לא נקבעו למועמד לביטוח תוספות רפואיות בשיעור כלשהו;
2. לא נקבעו למועמד לביטוח תוספות מקצועיות או נקבעה תוספת מקצועית בשיעור של עד 50%;
3. סכום ביטוח מינימלי למקרה מוות אגב משכנתא בפוליסה הינו בסך של 600,000 ש"ח.

במקרה שאיני עומד באחד או יותר מהתנאים המצטברים כמפורט לעיל, אני מאשר להפיק לי פוליסת ביטוח אגב משכנתא (שוהם) בלבד ללא כיסוי ביטוחי שחרור בלבד "מגן הכנסה".

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי X _____ חתימת מועמד שני X

יב. הצהרת הסוכן/נציג המכירות

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 והצעתתי 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 תוקפה 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.

תאריך _____ חתימת הסוכן/נציג המכירות X _____ חתימת הסוכנות X

יג. 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

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.

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

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 יעשה 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 _____ מס' 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

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

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

