

בקשה לשמירת כיסוי ביטוחי זמני בפוליסות תגמולים לעצמאיים

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
רחוב	מספר בית	יישוב	תאריך לידה
מספר טלפון	דוא"ל	@	

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 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.

ב. הקפאת תשלומים שוטפים ושמירת הכיסויים הביטוחיים					
אני מבקש הקפאת תשלומים שוטפים ושמירת הכיסויים הביטוחיים בפוליסות הבאות:					
מספר פוליסה	מתאריך	עד תאריך	מספר פוליסה	מתאריך	עד תאריך

עלות הכיסויים הביטוחיים תשולם באחת מהאפשרויות הבאות:

באמצעות ניכוי מצבירה שמקורה בתגמולים (חלופה זו אפשרית בכפוף להוראות הפוליסה והדין, וככל שקיימת בפוליסה יתרה מספקת)

באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע, ככל והפוליסה לא משולמת בכרטיס אשראי/הוראת קבע, עליך לצרף טופס אמצעי תשלום - כרטיס אשראי/הקמת הרשאה לחיוב חשבון בנק - טופס 135.

לידיעתך, תקופה מקסימלית לשמירת הכיסויים הביטוחיים הינה 24 חודשים או תקופת ההפקדות לחסכון הרציפה האחרונה, לפי המוקדם מביניהם. במידה והינך מעוניין לשמור על הכיסויים הביטוחיים מעבר ל-12 חודשים וברשותך פוליסה מסוג עדיף, הינך מתבקש לפנות אלינו בתום 11 חודשים לצורך הארכת התקופה.

יובהר כי:

- התשלומים בתקופה זו לא יתווספו ליתרה הצבורה, אלא ישמשו לשמירת הכיסוי הביטוחי בפוליסה בלבד.
- ככל וקיים כיסוי למקרה מוות כולל צבירה, סכום הביטוח יומר לסכום ביטוח בתוספת צבירה.

לידיעתך, בתום תקופת הביטוח, הכיסוי הביטוחי יבוטל והפוליסה תסולק.

ג. חתימת המבוטח	
תאריך	חתימת המבוטח

לפרטים נוספים ניתן ליצור קשר עם שירות לקוחות בטלפון *5454
נא לשלוח אלינו את הטופס בכתובת דואר אלקטרוני: claldocs@clal-ins.co.il

