

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	
<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

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



הצעה לביטוח "פרופיל דינמי הדור החדש" - מנהלים ועובדים שכירים

א. פרטי המעסיק			
שם	מספר חברה (ח.פ.) / עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק בכלל
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
שם איש קשר	מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני
אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)	<input type="checkbox"/> הודעת תשלום	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי

ב. פרטי המועמד/ים לביטוח			
המועמד הראשי לביטוח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
מספר מעסיק	מספר נייד	מספר נייד	דואר אלקטרוני
מקצוע/עיסוק	מיקוד	מקצוע/עיסוק	מיקוד
המועמד השני לביטוח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
מספר מעסיק	מספר נייד	מספר נייד	דואר אלקטרוני
מקצוע/עיסוק	מיקוד	מקצוע/עיסוק	מיקוד

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

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	מועמד שני לביטוח
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד)	<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני /או מסרון לטלפון נייד)
<input type="checkbox"/> דואר רגיל	<input type="checkbox"/> 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 שמסרת לי 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 /או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.

נא לענות כן או לא לכל מבוטח	מועמד ראשי	מועמד שני
האם הנך שוהה 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 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 _____

* ככל ולא תענה לשאלה זו, תקבע ברירת מחדל כ"מעשן".

המוטבים

לסכומי הביטוח שלא נקבע בגינם מוטב בלתי חוזר. אם נקבע מוטב בלתי חוזר, ליתרת סכומי הביטוח, לאחר התשלום למוטב הבלתי חוזר:

מועמד ראשי

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

לפי צוואה יורשים חוקיים חברה רשום ח"פ _____

מועמד שני

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

לפי צוואה יורשים חוקיים חברה רשום ח"פ _____

ג. פרטי הביטוח בפרופיל דינמי הדור החדש

<p>תאריך התחלת הביטוח ____ / ____ / 20____</p> <p>תאריך התחלת עבודה אצל מעסיק* ____ / ____ / ____</p> <p>* בהיעדר נתון זה יהיה תאריך זה זהה לתאריך התחלת הביטוח</p>	<p>משכורת חודשית של המבוטח ש"ח _____</p> <p>משכורת מתעדכנת על פי: <input type="checkbox"/> תקבול <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה</p>	<p>מועד תשלום הפקדה חודשית ראשונה _____ בגין משכורת _____</p> <p>מבוסס על משכורות בשנה אחת _____</p>
---	--	--

ד. שיעורי ההפקדות השוטפות מהמשכורת

פרמיה לפי סעיף 47 ב(2) * - מוכר כקופת גמל	על חשבון העובד לתגמולים	על חשבון המעסיק
<p>פוליסה נפרדת מפוליסת פרופיל דינמי הדור החדש מנהלים ועובדים שכירים. 100% מההפקדה השוטפת בתכנית לקצבה. גובה המשכורת _____ ש"ח</p> <p>_____ % לסעיף 47 ב(2) על-פי סוג הפוליסה שנבחר לביטוח מנהלים</p>	<p>_____ % (על פי סעיף 45)</p>	<p>ההוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה היא עד 7.5%.</p> <p>לפיצויים _____ % לתגמולים _____ %</p> <p>לאובדן כושר עבודה (כ- % מהשכר לפוליסה בלבד)</p> <p>75% פיצוי חודשי או עד _____ % (לא פחות מ- 2.50%), לפי הנמוך מביניהם, במידה ועלות הכיסוי הביטוחי תעלה על תקציב זה יוקטן הפיצוי החודשי.</p>
<p>שיעורי ההפקדות לפי צו הרחבה לפנסית חובה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p>		

* בהתאם לצו איסור הלבנת הון, עבור פוליסה לביטוח לפי סעיף 47 ב(2), יש למלא הצהרת בעל פוליסה לעניין הלבנת הון ושאלון הכר את הלקוח.



ה. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית ותכנית הביטוח

פוליסה מסוג "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים" גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח*
(אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 68)

60 62 64 65 68

דמי ניהול		אחוז רכיבי ההפקדות לתוכנית הביטוח				סוג התכנית
דמי ניהול לפי סעיף 47 ב' (2)	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	לתגמולי עובד	לתגמולי מעסיק	לפיצויים	משכורת לתוכנית הביטוח
_____	1.05%	4%	_____ %	_____ %	_____ %	ש"ח _____ לחודש ____/____

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה
(אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל)

תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים

תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים

*גיל תום תקופת הביטוח בפרופיל לא יפחת מגיל תום תקופת הביטוח בכיסוי אובדן כושר עבודה (ככל שנרכש).

ו. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"

מסלולי השקעה	אחוז לפיצויים	אחוז לתגמולים	סעיף 47 ב' (2)	מסלולי השקעה	אחוז לפיצויים	אחוז לתגמולים	סעיף 47 ב' (2)
מודל השקעות תלוי גיל**				שקלי			
מסלול לבני 50 ומטה***				שקלי טווח קצר			
מסלול לבני 50 עד 60***				מניות			
מסלול לבני 60 ומעלה***				מחקה מדד S&P 500			
אג"ח				משולב סחיר			
אג"ח עד 15% במניות				עוקב מדדים גמיש			
הלכה				סה"כ	100%	100%	100%

* במידה ולא נבחר מסלול השקעה עבור רכיב הפיצויים ו/או התגמולים, ייקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל.
** במידה ונבחר מסלול שונה ממסלול מודל השקעות תלוי גיל עבור רכיב הפיצויים, יש להחתיים את המעסיק בתחתית סעיף ח'.
*** מסלול ההשקעה תלוי גיל הינו מסלול בו רמת הסיכון של ההשקעה משתנה אוטומטית בהתאם לגילו של החוסך ללא צורך בהעברת בקשה.
**** מסלול ההשקעה אינו משתנה אוטומטית בהתאם לגילך. שינוי במסלול ההשקעה יבוצע רק לאחר בקשה בכתב שתועבר למשרדי החברה.

ז. הצהרות המעסיק

זכאות בלא תנאי/סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין

<p>1. זכאות בלא תנאי</p> <p><input type="checkbox"/> מיידית</p> <p><input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים</p> <p>ידוע לי כי משמעות סעיף זה היא מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הכספים יועברו אוטומטית לידי המבוטח, כאשר תסתיים עבודתו אצלי מכל סיבה שהיא ולא אוכל לקבל חוזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח.</p>	<p>2. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין (גא סמן במקום המתאים)</p> <p><input type="checkbox"/> על מלוא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או ההסכם קיבוצי וצו הרחבה).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור ההפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.</p> <p>לתשומת ליבך, משמעות סימון סעיף 14 ללא חתימת מעסיק היא שפיצויים המופקדים בפוליסה אינם שייכים אוטומטית למבוטח.</p>
--	---

אישור המעסיק לעובד לקבוע בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14.

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת המעסיק _____



ח. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי הדור החדש

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה** "מגן הכנסה"**** פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.	האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____	
<input type="checkbox"/> נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי ככל שהסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי כולל שחרור הפקדות שוטפות במוצר פנסיוני אחר נא סמן ומלא שיעור ההפקדות השוטפות לשחרור מהשכר המבוטח: <input type="checkbox"/> מוצר פנסיוני אחר בגוף מוסדי שאינו המבוטח ושאינו קרן פנסיה: _____% מהשכר המבוטח <input type="checkbox"/> פוליסה נפרדת ב"כלל ביטוח": _____% מהשכר המבוטח			

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - 47 ב(2)"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה** "מגן הכנסה"**** פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.	האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____	

* סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי לאבדן כושר עבודה כפוף:

א. למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה וככל שנרכש כיסוי אבדן כושר עבודה, בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" ובכפוף להסדר התחיקתי.

ב. לשיעור הפקדת המעסיק לאבדן כושר עבודה כאשר נרכש בנוסף להפקדות לתגמולים בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח

*** סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון שישולם למבוטח בקרות מקרה הביטוח לא יעלה על 75% מממוצע השכר המבוטח, ב-12 החודשים או ב-3 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 תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

ככל שישתנה מעמד המבוטח משכיר לעצמאי, סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה 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 תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

**** לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

***** ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאבדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם



ט. הפקדות חד-פעמיות – ניוד

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל
 חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"

הפקדה חד-פעמית שאינה במסגרת העברה בין קופות גמל	לתשומת לבך: 1. בהעברת כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים). 2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה. 3. יש להחתים את המבוטח על הבקשה להעברת כספים (נספח א') לאחר אישור ההצעה ותנאי החיתום		מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה
	מטרת ההפקדה	סוג התכנית המבוקשת	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	סוג הקופה המעבירה
תגמולים	פיצויים	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית לקצבה	כספים הוניים	כספים קצבתיים

י. קצבה מיידית

מעוניין לבצע הפקדה/ות ו/או ניוד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הניוד, לפי המאוחר.

הערות:

- לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים.
- לצורך קבלת הקצבה יש למלא ולהגיש לחברה טופס "בקשה לקבלת מידע על אפשרויות קצבה" או טופס "בקשה למימוש זכויות בקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים", לפי העניין.

יא. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה – כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת

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

יב. כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת

- הכיסוי יצורף לביטוח היסודי שנבחר (מסוג ספיר בפרמיה משתנה).
- תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום מטה, 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 השני או הראשי בהתאמה.

סוג הכיסוי	לגיל (מועמד ראשי)	מועמד ראשי סכום ביטוח בש"ח**	לגיל (מועמד שני)	מועמד שני סכום ביטוח בש"ח**
ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי) משתנה מידי שנה	80	ש"ח _____	80	ש"ח _____
כיסוי לאובדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"*** עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה 3 חודשי המתנה	אם לא סומנה אחת מן הביטוח ירכש לגיל 67	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	אם לא סומנה אחת מן הביטוח ירכש לגיל 67	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור** סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש <input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

** 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 תשלום, 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 הרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.





יג. חבילת כלל מגן למשפחה פלוס – תופק בפוליסה נפרדת

פרטי המוטבים במוט המועמד הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
						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 במוט המועמד השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח		
קרבה למבוטח	תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה ושם פרטי	תקופת הביטוח	סכום הביטוח ב-₪	סוג הכיסוי*
						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 ההצטרפות 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: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	<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"/>	<input type="checkbox"/> שחרור בלבד "מגן הכנסה" – עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים. הרחבות: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

יד. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני/אנחנו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ ("להלן **המבטח**") לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

אני/אנחנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות, נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו 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 ו/או תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

ג. ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן/חתימתי, במסגרת פוליסות 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 פוליסות 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/אנחנו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ה. ידוע לי/ינו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

ו. אני/אנחנו מצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% כל מהכנסותינו מעבודה.

ז. כל הפרטים שמסרנו לחברה ו/או נמסרו 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.

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

ט. במעמד עצמאי – 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").

י. במעמד עצמאי – ידוע לי, כי בקרות מקרה הביטוח יוגבלו תגמולי הפיצוי החודשי להם אהיה זכאי/ת לגובה שלא יעלה על 75% מהכנסתי מעבודה בפועל* (ולא מהכנסה צפויה מעבודה) ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או בתקופה ממועד תחילת הביטוח ועד מועד קרות מקרה הביטוח, אם חלפו פחות מ-12 חודשים).

בביטוח חיים ואובדן כושר עבודה שנתוך שלא אגב חיסקון פנסיוני

יא. 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.

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

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 שיוע 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 תמיכה ושירות) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי די. 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 חיג 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:
חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה _____ תאריך _____
חתימת המועמד השני לביטוח _____ תאריך _____

* הכנסה מעבודה בפועל – השתכרות או רווח מעסק, משלח יד או מעבודה בפועל בהתאם לסעיפים 1(12) ו-1(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:		
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
אישור לרכישת כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, בנוסף לביטוח חיים סיכון בלבד:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בכוונתי לרכוש את כיסוי מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה, לפי העניין, למרות שהוברה לי שקיים ברשותי ביטוח חיים סיכון בלבד ו/או מוות מתאונה
אישור לרכישת הכסוי המוצע בנוסף למוצר הקיים		
<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 ו/או ממני דמי ביטוח עבור שני מוצרים

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

טו. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח X _____

טז. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X _____

יז. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

- אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, 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 כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטח בקרן פנסיה חדשה.
- ביטוח שנערך שלא אגב חסכון פנסיוני**
 - 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 אותן מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ/הסוכן הפנסיוני X _____ חתימת הסוכנות X _____

יח. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.

ככל שאינך מעוניין/שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454. לידיעותך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.





י.ט. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

1. פרטים כלליים

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

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

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

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

שאלון	אות השאלון		מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא
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.		ג				
2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.		ד				
3. בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקת ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרת, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.		ה				
4. בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.		ו				
5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אינפארקט, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.		ז				
6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה, ניתוח לקיצור קיבה.		ח				
7. בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.		ט				
8. בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה, דלקת בלב - פנקריאטיטיס.		י				
9. בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפולקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.		יא				
10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגרון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.		יב				
11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.		יג				
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.		יד				
13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.		טו				
14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופרוזיס/אוסטאופניה, פרטס.		טז				
15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מספר 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.		יז				
16. אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.		יח				
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 פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.		יט				
18. מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.		כ				

הצהרה לביטוח פחפחיל דינמי הדור החידוש מנהלים ועובדים * 101231 L096 | 02/2023

מועמד ראשי				מועמד שני		אות השאלון	שאלות נוספות
כן	לא	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 X _____

תאריך _____ שם המועמד השני _____ חתימת המועמד השני לביטוח X _____

הצהרת המועמד 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 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.

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 הראשי X _____

תאריך _____ חתימת המועמד השני X _____

הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי: _____, ת.ז. _____

_____ , ת.ז. _____

אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימה וחותמת הסוכן X _____



הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו

(צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו:	דוא"ל	
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)		

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
 * אם מועבר מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
 * בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

- ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)**
שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:
 - בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
 - בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
 - חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.
- תוקפו של יפוי הכוח**
שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:
 - הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
 - הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום

חתימת הלקוח _____ תאריך החתימה _____
 שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך חתימה _____

- "מי מטעמו"** - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.
- "גוף מוסדי"** - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.
- "מידע אודות המוצר"** - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.
- "מוצר פנסיוני"** - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1(ז)31(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- "תכנית ביטוח"** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



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 שבנינו 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 שבנינו 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. 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 רשיון נהיגה של הלקוח
 תאריך _____ חתימת הלקוחות XX

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 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 אשראי X

