

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	□ □ □ □ □ □ □ □

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

## הצעה להעברת צבירות ללא הפקדה שוטפת (במסגרת הוראות העברה בין קופות גמל)

### א. פרטי המעסיק - ימולא במקרה של העברת כספי עמית שכיר טרם עזיבת העבודה

שם	מספר חברה (ח.פ./עוסק מורשה)	מספר מעסיק ב"כלל"
רחוב	מספר	ת.ד.
	יישוב	מיקוד
שם איש קשר	מספר טלפון	מספר פקס

### ב. פרטי המועמד לביטוח - העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה*
מין	מצב משפחתי	מספר ילדים	מספר נייד
<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	מיקוד
רחוב	ת.ד.	יישוב	מקצוע/עיסוק
כתובת דואר אלקטרוני @			

האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_ (לעניין זה יחשבו צריכת כל מוצרי הניקוטין, לרבות סיגריה אלקטרונית, נרגילה)

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 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\*.

\* קביעת הגיל לצורכי הפוליסה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

### ג. פרטי המוטבים

#### מבוטח ראשי

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	כתובת	מין	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			

לפי צוואה  יורשים חוקיים  חברה  רשום ח.פ. \_\_\_\_\_

### ד. תאריך תחילת הביטוח

תאריך תחילת הביטוח הינו הראשון לחודש מסירת בקשות הניוד בחברת הביטוח

### ה. בחירת תכנית הביטוח

שם המוצר	סוג התכנית	תכנית לקצבה
"פרופיל דינמי הדור החדש לעצמאי, ומנהלים לעובדים שכירים"	דמי ניהול מחיסכון מצטבר	<input type="checkbox"/> 0.8%
		גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח ייקבע לפי גיל 80



## 1. הפקדות חד-פעמיות

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

<b>לתשומת לבך:</b> 1. בהעברות 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. בפוליסה המבוססת על סעיף 47 (ב') (2), יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח והצהרת בעל פוליסה/מבוטח. 4. יש להחתיים 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	<b>סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה</b>
	<b>סוג התכנית המבוקשת</b>	<b>סוג הקופה המעבירה</b>
	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	<b>כספים הוניים</b>
	<input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	<b>כספים קצבתיים</b>
	<input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	<b>קופת גמל להשקעה</b> (מיועד לעמית בגיל פרישה מינימלי ולשם קבלת קצבה בלבד)

## 2. זכאות בלא תנאי/הסכם עבודה

<b>1. זכאות בלא תנאי</b> <input type="checkbox"/> מיידי <input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים <input type="checkbox"/> פוליסה	<b>2. הסכם עבודה - לפי סעיף 14 (נא סמן במקום המתאים)</b> 2.1 <input type="checkbox"/> על מלוא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה). 2.2 <input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור הפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק). 2.3 <input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק. לתשומת ליבך, משמעות סימון סעיף 14 ללא חתימת מעסיק היא, שפיצויים המופקדים בפוליסה אינם שייכים אוטומטית למבוטח
---	--

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המעסיק

## 3. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"\*

סעיף (2) ב' 47	תגמולים	פיצויים	% השקעה	המסלול
				6. כהלכה
				7. אג"ח עד 15% מניות
				8. מחקה מדד S&P 500
				9. משולב סחיר
				10. עוקב מדדים גמיש
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>סך הכל</b>

\*במידה ולא נבחר מסלול השקעה עבור רכיב הפיצויים ו/או התגמולים, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל לתשומת לבך, במקרה של ניווד קופת גמל להשקעה לצורך קבלת קצבה, יש לבחור במסלול השקעה מסוג מודל השקעות תלוי גיל

## 4. בחירת תוכנית ביטוח למבוטח שבמועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה

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) <input type="checkbox"/> תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים <input type="checkbox"/> תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים <input type="checkbox"/>
--

## 5. קצבה מיידי

<input type="checkbox"/> מעוניין לבצע הפקדה/ו/או ניווד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הניוד, לפי המאוחר. <b>הערות:</b> 1. לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים. 2. 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. הצהרות**

**הצהרה והסכמה בעניין יעוץ השקעות בפוליסות פרופיל דינמי**

אני מצהיר ומסכים בזה:

ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי ליעוץ לגבי ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה, אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם יועץ/משווק השקעות מורשה מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות ותשואות.

חתימת המעומד לביטוח X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**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.

חתימת המעומד לביטוח X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**הצהרת המועמד לביטוח**

לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח.

**שימוש במידע ושירותי, 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 שיגיע 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 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 אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

**איני מאשר.**

אני החתום מטה, המועמד 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 נכונות 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 בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי 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.

ב. **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.

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

ד. כל הפרטים שמסרתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מפעם

**ולראיה באתי על החתום:**

חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני**

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**ב. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

רשות שוק ההון הקימה 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 או לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל

**בקשה להסרת נתונים מהמימשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:** בחתימתי מטה אני מאשר שאיני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברתכם.

**חתימת המועמדים:**

חתימה X \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**ג. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון**

בהתאם לצו איסור הלבנת הון יש למלא בנוסף לטופס ההצטרפות שאלון הכר את הלקוח והצהרת בעל פוליסה/מבטוח.



## 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 (  צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח )

א. מייפה הכוח (הלקוח):	
שם משפחה	שם פרטי
כתובת מגורים	מספר זהות

ב. מייפה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו התאגיד)	
שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר
אשר הינו: <input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	מספר טלפון
דוא"ל	

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומייפה 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.

1. 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.

2. 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 \_\_\_\_\_

- 1 "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 (יועץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012.
- 2 "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.
- 3 "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.
- 4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 1(ז)2 לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- 5 "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

