

לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט www.clal.co.il

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

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

הצעה להפקדה חד פעמית בפרופיל דינמי הדור החדש לעצמאים (במסגרת תיקון 190)

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה לפי הרשום בתעודת זהות (חובה לצרף צילום תעודת זהות)*

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	מס' 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	מס' או ת.ד.	מיקוד
כתובת 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 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 הלקוחות בטלפון *5454.

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

* גא תשומת לבך, כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי יעודכנו הפרטים הבאים: שם, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה ומין על פי הרשום במרשם האוכלוסין במשרד הפנים. האמור יחול גם לגבי פוליסות ביטוח חיים אחרות, ככל שקיימות בבעלותך.

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

ב. פרטי המוטבים במות המועמד לביטוח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	כתובת	מין	תאריך הלידה	יחס קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה יורשים חוקיים

ג. תאריך התחלת הביטוח, גיל תום תקופת הביטוח ופרטי התשלום

(סמן v באפשרות/יות הנבחרת/ות) **פרטי הפקדות בש"ח עבור חיסכון פיננסי לעתיד (לא מוכר כקופת ביטוח)**

<p>1. אני מבקש לבצע הפקדה חד פעמית בסך ("סכום ההפקדה הכולל").</p> <p>2. ידוע לי כי החברה תפתח עבורי פוליסה במעמד עצמאי ותפצל את סכום ההפקדה הכולל כמפורט להלן:</p> <p>הפקדה למטרת "קצבה מזכה" - מתוך סכום ההפקדה הכולל יופקדו בפוליסה כספים עד סך תקרת הטבות המס השנתית לעצמאי בהתאם להוראות סעיפים 45 ו-47 לפקודת מס הכנסה ("התקרה").</p> <p>סכום זה ייחשב כסכום שהופקד למטרת קצבה מזכה.</p> <p>הפקדה למטרת "קצבה מוכרת" - ככל שסכום ההפקדה הכוללת עולה על התקרה, יתרת הסכום העולה על התקרה תופקד בפוליסה ותחשב כסכום שהופקד למטרת קצבה מוכרת, כהגדרת מונח זה בסעיף 9א לפקודת מס הכנסה.</p> <p>אני מצהיר בזאת:</p> <p>יתרת התשלומים הפטורים שבחשבוני, למטרת קצבה מוכרת (אינו עולה על התקרה להפקדת תשלומים פטורים* במועד ההפקדה:</p> <p><input type="checkbox"/> אין ברשותי קופות גמל נוספות שבהם תשלומים פטורים.</p> <p><input type="checkbox"/> יש ברשותי קופות גמל נוספות שיש בהם תשלומים פטורים בין אם הווננו ובין אם לא, בין אם קיימים ובין אם נסגרו, ואילו היו כולם בקופה זו לא היה סכומם עולה על התקרה להפקדת תשלומים פטורים.</p> <p>* תקרת התשלומים הפטורים במועד ההפקדה מחושבת בהתאם למכפלת מקדם קבוע בארבע או חמש פעמים השכר הממוצע במשק בהתאם לגיל המבוטח במועד ההפקדה והכל כפי שנקבע בהחלטת מיסוי 6849/15 שפרסמה רשות המיסים.</p>	<p><input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית בלבד (מינימום 10,000 ש"ח)</p> <p><input type="checkbox"/> מצ"ב המחאה אישית</p> <p><input type="checkbox"/> בהעברה בנקאית לחשבון 12-600-480609 (חובה לצרף העתק של מסמך העברה)</p> <p>הסכום ש"ח _____</p>	<p>תאריך התחלת הביטוח*</p> <p>01/____/20____</p> <p>גיל תום תקופת הביטוח:</p> <p>80</p>
---	---	---

תאריך: _____ שם: _____
 חתימת המועמד לביטוח: X



ד. FATCA – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית – הצהרה עצמית.

האם הנך אזרח ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN).
האם הנך יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	

ה. CRS – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחיד – הצהרה עצמית.

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		• במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. • ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות	
מדינת תושבות Country	שם מלא באנגלית Full Name	כתובת מלאה באנגלית Full Address (street; number, City/Town)	מספר TIN (מספר מזהה לצרכי מס)

* ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע: _____

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותך לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתני בסעיף זה, מלא ומהימן

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה

ו. בחירת תכנית הביטוח

שם התוכנית	סוג התוכנית	קופת גמל לקצבה
"פרופיל דינמי הדור החדש לעצמאי"	דמי ניהול מחיסכון מצטבר	<input type="checkbox"/> 1.05% <input type="checkbox"/> _____%

ז. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"

חיסכון פיננסי לעתיד – הפקדה חד פעמית											
מסלול השקעה	מודל השקעות תלוי גיל	מניות	אג"ח	שקלי	שקלי טווח קצר	כהלכה	אג"ח עד 15 מניות	מחקה מדד S&P 500	משולב סחיר	עוקב מדדים גמיש	סה"כ
% השקעה											100%

*לתשומת ליבך במידה ולא נבחר מסלול השקעה, יקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחל

ח. 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 מחל)

תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים
 תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים

ט. קצבה מיידית

מעוניין לבצע הפקדה/ות ו/או ניווד 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.



י. הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

- אני/ו החתום/ים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או 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.
- 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/ן חתמתי 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 ויהו 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. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.
- 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 כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.
- ז. כל הפרטים שמסרתי 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.
- ח. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן לכתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.
- 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 שיעודק 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 חיג 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.
- אני מאשר.
- ולראיה באתי/נו על החתום:**
- תאריך _____
- חתימת המועמד לביטוח

יא. הלבנת הון

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

יב. 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 שהוברה 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.
- תאריך _____
- חתימת המועמד לביטוח

יג. 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 לביטוח

יד. 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.

חתימה המשווק

תאריך _____ הסוכן הפנסיוני/היועץ



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: <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 מטעמי¹, 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 בקשות⁶ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁷ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותיי, 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 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.**

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 מטעמי"** - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ, 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 3(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.

