

## הצעה לביטוח "פרופיל דינמי - מנהלים ועובדים שכירים" ו/או הצטרפות לקרן פנסיה

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "כלל פנסיה" המנוהלת על-ידי "כלל פנסיה וגמל בע"מ" ו/או לחברת הביטוח "כלל חברה לביטוח בע"מ" והכל לפי בחירתך. התחייבויות כל חברה, נפרדות ואינן קשורות זו לזו, אלא אם נכתב במפורש אחרת. יש למלא את הטופס בהתאם למוצרים הנבחרים.

### לתשומת לב!

ההצעה לביטוח המצורפת, 11 עמודי טופס. כל עמוד ימולא במקור ובהעתק ("נייר כימיי"). בעת מילוי כל עמוד טופס (כולל העתקיו), יש להשתמש בדף קרטון זה כחוצץ, להפרדה בין עמוד אחד למשנהו, למניעת ההעתקה של הפרטים לעמודי הטופס שלאחריו.

במסגרת הצעה לביטוח זו, אפשר לרכוש גם כיסויים ביטוחיים בפוליסה קלאסית.

### סוכן יקר, באחריותך לוודא:

- מילוי ההצעה על כל פרטיה, כולל צילום תעודת זהות.
- חתימות במקומות הנדרשים;
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 6;
- צירוף טופס גילוי נאות, חתום על ידי המועמד לביטוח.

## כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו	לתשומת לבך! באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט <a href="http://www.cial.co.il">www.cial.co.il</a>
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספר החשבון		
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

## הצעה לביטוח "פרופיל דינמי -

## מנהלים ועובדים שכירים" ו/או הצטרפות לקרן פנסיה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד  
**א. פרטי המעביד**

השם	מספר החברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק ב"כלל"
הכתובת	רחוב	מס'/ת.ד.	יישוב
	מיקוד	דוא"ל	@
שם איש הקשר	מספר הטלפון	מספר הפקס	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> אופן התשלום
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		האם אתה מעשן או שעיננת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חיך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	
הכתובת	רחוב	מס'/ ת.ד.	יישוב
מספר הטלפון	מספר הפקס	דוא"ל	@
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		אם רלוונטי מלא שאלון מתאים	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		האם נדחתם או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		האם אתה בעל רשיון טיס או איש צוות אוויר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	

## ב. פרטי המועמד/ים לביטוח - העובד לפי הרשום בתעודת הזהות - צרף צילום תעודת זהות\* (המועמד לעמית בקרן הפנסיה - אם מבוקש)

אם לא מבוקש מועמד שני ומצטרפים לקרן הפנסיה, יש למלא בטור "המועמד השני" פרטים אישיים במסגרת המודגשת בלבד

המועמד הראשי לביטוח		פרטים		המועמד השני לביטוח	
המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מס' זהות	המשפחה	הפרטי
ס"ב	19	תאריך לידה**	מס' זהות	ס"ב	19
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	מין	מצב משפחתי	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם אתה מעשן או שעיננת בשנתיים האחרונות?	האם אתה מעשן או שעיננת בשנתיים האחרונות?	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	המקצוע / העיסוק	המקצוע / העיסוק	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חיך?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חיך?	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	מס' / ת.ד.	יישוב	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	מספר הפקס	דוא"ל	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם יש לך תחביב מסוכן, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר האינטרנט	האם יש לך תחביב מסוכן, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר האינטרנט	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם נדחתם או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	האם נדחתם או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם אתה בעל רשיון טיס או איש צוות אוויר?	האם אתה בעל רשיון טיס או איש צוות אוויר?	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים?	נ □ ז □ ג □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □
המוטבים בנות המועמדים לביטוח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)***					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה	
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

\* מאתגרת לך, 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. \*\*\* המוטבים לכיסוי ברקת מאז בסיסי ברקת.

## ג. פרטי הילדים

שם הילד	מספר זהות	תאריך לידה*	מין
1	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	נ □ ז □ ג □
2	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	נ □ ז □ ג □
3	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	נ □ ז □ ג □

צירוף ילדים לכיסויים ביטוחיים יהיה לפי הרשימה המפורטת בהצהרת הבריאות. גיל כניסה מקסימלי 17 (כולל) אם אתה מצטרף לקרן הפנסיה על יך לרשום את כל הילדים עד גיל 21

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

**ד. פרטי הביטוח בפרופיל דינמי**

תאריך התחלת הביטוח	תאריך התחלת עבודה אצל מעביד*	משכורת חודשית של המבוטח	מועד תשלום הפקדה	מבוסס על _____
2011		ש"ח _____	חודשית ראשונה _____	משכורת בשנה אחת

\* בהיעדר נתון זה יהיה תאריך זה לתאריך התחלת הביטוח

**ה. הפרשות מהמשכורת**

<b>על חשבון המעסיק</b>	<b>על חשבון העובד</b>
ההוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה - היא עד 7.5% לפיצויים _____% לתגמולים _____%	לתגמולים על פי סעיף 45, _____% לאכ"ע (כ-% מהשכר לפוליסה בלבד) _____% עד _____% והיתרה מתוך התגמולים _____% עד _____% בלא מגבלה _____%
הפרשה לפי צו הרחבה לפנסית חובה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

**ו. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית ותכנית הביטוח**

פוליסה מסוג "פרופיל דינמי מנהלים ועובדים שכירים" גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67) <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60						
סוג התכנית	אחוז רכיבי הפרשה לתוכנית הביטוח		דמי ניהול <sup>4,5</sup>			
	משכורת לתוכנית הביטוח <sup>4,5</sup>	לפיצויים	לתגמולי מעסיק	לתגמולי עובד	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
תכנית משלמת לקצבה	לחודש ____ / ____	____%	____%	____%	4%	1.05%
תכנית לא משלמת לקצבה <sup>3</sup>	לחודש ____ / ____	____%	____%	____%	4%	1.05%

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

**הערות:**

- העובד יהיה ראשי לקבוע חלוקה של הפרשות מהמשכורת בין תכנית משלמת לקצבה לתכנית לא משלמת לקצבה בכפוף לתקנה 19 כאמור בסעיף 2 להלן.
- על-פי תקנה 19 בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופת גמל משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה לתגמולים בקופת גמל משלמת לקצבה, בגובה המשכורת המתאימה. על-פי התקנות חלק מעביד ועובד בתגמולים, חייב להיות בתכנית ביטוח אחת לפי משכורת המבוטחת בכל תכנית ביטוח.
- בפוליסה בה ההפקדות השוטפות הן לפיצויים בלבד, בלא מרכיב תגמולים - לתכנית לא משלמת לקצבה. במקרה זה שחרור במקרה של אובדן כושר עבודה יירכש מעל הפרשות בלבד.
- נקבעו דמי ניהול ומשכורת זהים בין תכנית משלמת לקצבה לבין תכנית לא משלמת לקצבה, יופקדו הפיצויים לתכנית לא משלמת לקצבה באותה הפוליסה.
- נקבעו דמי ניהול שונים ו/או משכורת שונה מבין תכנית משלמת לקצבה לבין תכנית לא משלמת לקצבה, יופקדו הפיצויים בתכנית לא משלמת לקצבה בפוליסה נפרדת, ותופקנה שתי פוליסות לפי סוג התכנית. במקרה זה אם התבקש שחרור מתוך הפרשות, יירכש בפוליסה לפיצויים בתכנית לא משלמת לקצבה שחרור במקרה של אובדן כושר עבודה מעל הפרשות בלבד.

<b>קרן פנסיה - אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 10 וחתימות בהתאם</b>	<b>המשכורת בקרן הפנסיה</b>
<input type="checkbox"/> כלל פנסיה	ש"ח _____
<input type="checkbox"/> כלל פנסיה משלימה	ש"ח _____

**ז. זכאות בלא תנאי / הסכם עבודה**

<p>1. זכאות בלא תנאי <input type="checkbox"/> מיידית <input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> פוליסה וקרן הפנסיה <input type="checkbox"/> פוליסה <input type="checkbox"/> קרן הפנסיה</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 החזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח.</p>	<p>2. הסכם עבודה - לפי סעיף 14 (נא סמן במקום המתאים)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 על מלא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קבוצתי הרחבה).</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור ההפרשה המחויב צו ועד השכר הממוצע במשק).</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.</p>
--	---

**ח. הפקדה שוטפת לפי סעיף 247 ב (2) (מוכר כקופת ביטוח) בפוליסה בפרמיה גבוהה יש למלא "הצהרת הלבנת הון" עמוד (6)**

פוליסה נפרדת מפוליסת פרופיל דינמי מנהלים ועובדים שכירים. 100% מההפקדה השוטפת בתכנית משלמת לקצבה. גובה המשכורת _____ ש"ח _____% לסעיף 47 ב (2).	"פרופיל דינמי עצמאי" המוטב בתום תקופת הפוליסה הוא תמיד המבוטח	סוג התכנית	משלמת לקצבה
		דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	4% _____%
		דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	1.05% _____%

**ט. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי"**

<input type="checkbox"/> אישור המעביד לעובד לקבוע בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיבי הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14 תאריך _____ חתימת המעביד _____	המסלול	פיצויים	תגמולים	סעיף (2) ב 47	% השקעה
	1. מניות				6. כללי (1)
	2. אג"ח ופקדונות				7. כללי (2)
	3. מט"ח				8. כללי (3)
	4. שקלי				9.
	5. כהלכה (תכלת)				100%

הערה: לתשומת ליבך במידה ולא נבחר מסלול השקעה עבור רכיבי הפיצויים והתגמולים, יקבע מסלול ברירת המחדל כללי (3)

**י. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי**

שם המועמד לביטוח \_\_\_\_\_

מתוך "פרופיל דינמי 47 ב' 2)"		סוג הכיסוי	מתוך "פרופיל דינמי מנהלים ועובדים שכירים"	
תקופת הביטוח	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	תקופת הביטוח	הכיסוי הביטוחי
עד תום תקופת הפוליסה	מס' משכורות _____ סכום ביטוח _____ ש"ח	<b>ביטוח למקרה מוות</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיטון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיטון מצטבר	עד תום תקופת הפוליסה	<b>ביטוח למקרה מוות</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיטון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיטון מצטבר
עד תום תקופת הפוליסה	מתוך התגמולים _____% מהמשכורת בפוליסה	<b>ביטוח הכנסה / ביטוח הכנסה - עיסוקי</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 1 ח' <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'	עד תום תקופת הפוליסה	<b>ביטוח הכנסה / ביטוח הכנסה - עיסוקי</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 1 ח' <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <b>הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור</b> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תק' המתנה היא 1 ח') <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)
		<b>הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור</b> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תק' המתנה היא 1 ח') <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)		
		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 - _____	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		

**יא. כיסוי דינמי - שינוי כיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם למצב המשפחתי, במהלך תקופת הביטוח**

- א. יורכש מתוך ההפרשות בפרופיל דינמי מסוג מנהלים בלבד  
 ג. למבוטח שלא בחר להצטרף לכיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם לטעיף "לעיל".  
 ד. מובהר כי, רכישת כיסוי ביטוחי בגין מקרה זכויות המיוחס לכן משפחה מסוים, אין בה כדי להשפיע על זהות המוטבים אשר יקבעו כמפורט בטעיף ב' לעיל.  
 ה. רכישת הכיסוי הביטוחי למקרה מוות ככופה למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל כמפורט בתנאי הפוליסה ובהסדר התחיקתי.

תום תקופת הביטוח	כיסוי דינמי 2 <input type="checkbox"/>		כיסוי דינמי 1 <input type="checkbox"/>		סכומי הביטוח במסגרת הכיסוי הדינמי
	סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה		סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה		
	<input type="checkbox"/> כולל חיטון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיטון מצטבר		<input type="checkbox"/> כולל חיטון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיטון מצטבר		<b>ביטוח למקרה מוות</b> <sup>1,2</sup> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה
תום תקופת הביטוח	מס' משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)		מס' משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)		סכום ביטוח בסיסי
<input type="checkbox"/> כהגיע בן הזוג ליום הולדתו ה- 55 יופחת סכום הביטוח שייחס המבוטח לכן הזוג כ- 50% תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)	מס' משכורות _____		מס' משכורות _____		בן/ בת זוג: _____
	מנת הזכויות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 40 משכורות		מנת הזכויות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 30 משכורות		תאריך לידה: ____/____/____
<input type="checkbox"/> כהגיע הילד ליום הולדתו ה- 21 יופחת סכום הביטוח במלוא המבוטח לילד תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)	מס' משכורות _____		מס' משכורות _____		שם הילד: _____
	מס' משכורות _____		מס' משכורות _____		תאריך לידה: ____/____/____
	מס' משכורות _____		מס' משכורות _____		שם הילד: _____
	מס' משכורות _____		מס' משכורות _____		תאריך לידה: ____/____/____

מבוטח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת רפואית, ואשר לא הצטרף לכיסוי דינמי כאמור בטעיף י' א' להלן יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמבוטח אשר נחתמה על-ידו בצירוף המסמכים הדרושים לצורך ביצוע הבקשה על פי דרישת החברה שתימסר לחברה עד 90 יום מיום קרות האירוע המזכה (נישואין ו/או הולדת ילד) ולא יאוחר מהגיעו של המבוטח לגיל 45, ובתנאי שגובה סכום הביטוח הנוסף אשר אפשר לרכוש בגין כל מקרה זכויות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת הכיסוי הביטוחי המקורי. המבוטח יהיה זכאי להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח.

- סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי כפוף: א. למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי ב. למגבלת תקציב, כאשר נרכש מעל ההפרשות
- אם לא סומנה אחת מהאפשרויות, הפוליסה תופק לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חיטון מצטבר.
- ייקבע ע"י החברה על-פי עיסוקו של המועמד לביטוח ועל-פי הליך החיתום. אם לא דווח עיסוק ירכש פיצוי ו/או שחרור מסוג ביטוח הכנסה.
- בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיו המוצהרות ב- 12 החודשים האחרונים, טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז ממנו כל פיצוי חודשי המגיע לך מכל גוף מוסדי אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

**יב. הפקדות חד-פעמיות - ניוד (בגין העברה בין קופות, תוצא פוליסה נפרדת)**

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל		הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל	
סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה	סוג הקופה המעבירה	סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה	סוג הקופה המעבירה
<input type="checkbox"/> מעמד העמית בקופה המקבלת ש"ח <input type="checkbox"/> ש"ח <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> סוג התכנית המבוקשת	<input type="checkbox"/> מעמד העמית בקופה המקבלת ש"ח <input type="checkbox"/> ש"ח <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> סוג התכנית המבוקשת
<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> סכום הוניים	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> סכום הוניים
<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> כספים מקופה לא משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> כספים מקופה לא משלמת לקצבה
<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> כספים מקופה משלמת לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> כספים מקופה משלמת לקצבה

**יג. הקטנת הכיסויים במקרה של חריגה ממגבלת עלות כיסוי ביטוחי בהתאם להסדר התחיקתי - אם לא נבחר אופן הקטנה תקבע ההקטנה על פי סעיף א' כברירת מחדל**

א <input type="checkbox"/> הקטנת כיסוי ביטוחי למקרה מוות ולאחר מכן הקטנת הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה).	ב <input type="checkbox"/> הקטנה פרופורציונלית של הכיסוי הביטוחי למקרה מוות ופיצוי אובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולאחריו ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.
--	--

**יד. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת - קלאסי**

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה
01/___/20___	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> גבייה מפוליסה קיימת - שים לב, בעל הפוליסה חייב להיות זהה לבעל הפוליסה בהצעה זו נא לגבות על-פי הסדר הגבייה בפוליסת ביטוח חיים מספר _____ <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - לא אפשרי בקרן הפנסיה (מלא פרטים בסעיף יז') <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא פרטים בסעיף יח')

**טו. כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת מסוג "קלאסי"**

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

מועמד ראשי	מועמד שני (פוליסה נפרדת)
לגיל	לגיל
סכום הביטוח בש"ח	סכום הביטוח בש"ח
<b>סוג הכיסוי</b>	
<b>ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי)</b>	
70	70
<input type="checkbox"/> כל שנה <input type="checkbox"/> כל שנה <input type="checkbox"/> כל 5 שנים <input type="checkbox"/> כל 5 שנים	
65	65
<b>מוות מתאונה</b>	
65	65
<b>נכות עקב תאונה</b>	
21	21
<b>נכות מתאונה לילד</b> לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות	
<b>ביטוח הכנסה / ביטוח הכנסה - עיסוקי</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה היא 1 ח' <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'	<b>ביטוח הכנסה / ביטוח הכנסה - עיסוקי</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה היא 1 ח' <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'
הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תקי המתנה היא 1 ח')	הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה (לא ניתן לרכוש אם תקי המתנה היא 1 ח')
<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)	<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)
אם מבוקש פיצוי לאובדן כושר עבודה נא למלא את סכום הפיצוי החודשי בש"ח*	אם מבוקש פיצוי לאובדן כושר עבודה נא למלא את סכום הפיצוי החודשי בש"ח*
<b>משלים אובדן כושר עבודה</b> (לצוארון לבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ- 5,000 ש"ח) חובה לרכוש "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי"	<b>משלים אובדן כושר עבודה</b> (לצוארון לבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ- 5,000 ש"ח) חובה לרכוש "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי"

**משלים לפנסיות נכות עד גיל 65, תקופת המתנה 3 חודשים.** אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור במקרה אובדן כושר עבודה מסוג "ביטוח הכנסה - עיסוקי". סכום הביטוח \_\_\_\_\_ ש"ח. המועמד הראשי עמית פעיל בקרן הפנסיה \_\_\_\_\_.

**ביטוח למקרה מוות - ברקת בפרמיה משתנה מדי שנה: תום תקופת הביטוח תקבע לא יאוחר מגיל 70 של המועמד לביטוח**

פרטי המוטבים במוות המבוטח הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח			
שם פרטי	שם המשפחה	תאריך לידה	ת.ז.	תק' הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי	תק' הביטוח
						ביטוח יסודי	
						ביטוח נוסף	
						ביטוח נוסף	
						ביטוח נוסף	
פרטי המוטבים במוות המבוטח השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח			
שם פרטי	שם המשפחה	תאריך לידה	ת.ז.	תק' הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי	תק' הביטוח
						ביטוח יסודי	
						ביטוח נוסף	
						ביטוח נוסף	
						ביטוח נוסף	

\* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב- 12 החודשים האחרונים, טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז ממנו כל פיצוי חודשי המגיע לך מכל גוף מוסדי אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

**ביטוח מחלות קשות (יופק כפוליסה נפרדת במסגרת חטיבת בריאות)**

שם המועמד	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
_____	_____	_____	_____	_____	_____
מדיכלל לחיים 32 (גיל כניסה 60-1)	ש _____	ש _____	ש _____	ש _____	ש _____
מדיכלל לחיים סרטן (גיל כניסה 60-1)	ש _____	ש _____	ש _____	ש _____	ש _____

**טז. הצהרות**

**הצהרת המעביד והמועמדים לביטוח**

אני/החברים/מטה, המעביד ו/או המועמדים לביטוח, מבקשים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמדים/לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות. **א. הצהרת המועמד לביטוח (המבוטח)**  
**א. אני/מוצהיר/ים, מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמת/נו מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי/לנו כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.**  
**ב. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינינו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי/נו על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח להחליט קבלת ההצעה.**  
**2. הצהרת המעביד**

**אני מצהיר, ומתחייב בזה כי כל המידע והנתונים בהצעה שמולאו על-ידי הם נכונים, מלאים וישמשו בסיס להוצאת הפוליסה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנה. המבטח לא יהיה אחראי בנין מידע שני ו/או הנתונים שניים שנמסרו על-ידי כאמור.**  
**ב. אני/מוצהיר/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 הדיון. ג. ידוע לי/נו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי**

השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד. **ד. בביטוח משלים לפנסיה נכות בלבד - אני/מוצהיר/ים כי בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים פעילים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.**  
**ה. אני/מוצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החדשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מהכנסתי/נו ומתחייב/ים להודיע לחברה על כל מקרה של שינוי במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.**  
**ו. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה כמאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מעטם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.**  
**ז. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודקן ככתובת למשלוח דואר בנין כל המוצרים שיש לי בקבוצת כלל.**

**ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח**  
 אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("להלן "קבוצת כלל") ו/או כל מידע בקשר אלי שייגע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק כמאגרי מידע ממוחשבים בהם נוגתת קבוצת כלל לרכש נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות כדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומנוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוב אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המעביד \_\_\_\_\_  
 שם \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_  
 החותם \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

**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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_

**אישור תנאי קבלה מיוחדים**

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המעביד \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

**מינוי הסוכן כשלוח המועמד לביטוח**

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:  
**נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה, להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.**  
 מסמכים ו/או בקשות שיועברו למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל, יחייבו את המבטח רק משאשורו בכתב על-ידו או על-ידי חתם מוסמך מטעמו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המעביד \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

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

1. אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמדי/ים 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 המועמדי/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל וכי הצגתי למועמדים את הגילוי נאות בהתאם למכירה ולהוראות המבטח.  
 3. למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות שבתוקף:  לא  כן

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות \_\_\_\_\_

מק"ט 15969 07\_14 Clal\_Design\_Life\_096

קוד מסמך 171

שם המבוטח \_\_\_\_\_

**ז. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה**  
למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים ו/או בריאות (סעיף 4 א' בחוזר המפקח)

**פוליסות לביטוח חיים**

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אנך בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולות ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

הפעולות	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
יבטלו				
יפדו באופן חלקי או מלא				
יסולקו באופן חלקי או מלא				
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן.				
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.				

**1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?**  
 לא, עבור לשאלה 2  
 כן, נא פרט

← כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף:

הפעולות	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
בתנאי התוכנית, כגון בכיסויי הביטוחיים להם אתה זכאי				
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח				

**2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?**  
 לא, חתום כנדרש בסוף השאלון לפוליסת ביטוח חיים  
 כן, נא פרט

← כחלק מרכישתך פוליסה חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו:

← תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.

**פוליסות לביטוח בריאות - למילוי במידה ונמכר כיסוי מחלות קשות**

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אנך בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולות ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

הפעולות	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
1. האם בידך פוליסות ביטוח בריאות בתוקף?				
אם התשובה לשאלה לעיל (1) חיובית, יש להמשיך לשאלות 2-3. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות רבות ריידרים שבתוקף:				
2. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא / יסולקו באופן חלקי או מלא / או יסתיימו בכל דרך אחרת?				
3. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית כגון בכיסויי הביטוחיים, בסכומי הביטוח או הפרמיה				

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 2 ו/או 3 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.

**חתימות המועמדים על שאלון החלפה**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה XX \_\_\_\_\_

**הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון** חובה למלא אם התבקשה "פרמיה גבוהה" לפוליסה לפי סעיף 47 (בי) (2) ("פרמיה גבוהה" לפי צו איסור הלבנת הון) קוד מסמך 134

אני \_\_\_\_\_ בעל תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת:

אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר.

אני פועל בעבור אחר / אחרים שהוא/הם \_\_\_\_\_

אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

**חובה לצרף תצלום של תעודת זהות**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X \_\_\_\_\_

## יח. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס		ביתוקף עד		מספר כרטיס אשראי	
<input type="checkbox"/> ויזה	<input type="checkbox"/> דינרס	שם בעל כרטיס האשראי		מספר זהות	
<input type="checkbox"/> ישראל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מיקוד		מספר יישוב	
כתובת		מספר		מספר זהות	

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 שיופנק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמשפרו נקוב בשובר זה.

חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## יט. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
628			

1. אני הח"מ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, שהחיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

**פרטי ההרשאה**  
 סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן

חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
628			

לכבוד  
 כלל חברה לביטוח בע"מ  
 ת.ד. 37070 תל אביב, 6136902

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

חתימת וחותמת הסניף

תאריך \_\_\_\_\_  
 בנק \_\_\_\_\_  
 סניף \_\_\_\_\_

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.



**כ. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי  
פרטי המועמדים לביטוח**

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
מועמד שני			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
ילדים 1			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
2			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
3			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
מקצוע	עיסוק	תחביב מסוכן	מועמד שני	מקצוע	עיסוק	תחביב מסוכן
שם הרופא המטפל	קופת חולים	שם הרופא המטפל	קופת חולים	שם הרופא המטפל	קופת חולים	קופת חולים

1				שאלון מבוא כללי						ילדים - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא						3		2		1	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				1. ירידה במשקל של יותר מ- 10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב- 12 החודשים האחרונים											
				2. האם יש או היו אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מחלת לב ו/או סרטן ו/או סכרת ו/או כליות ו/או במערכת העצבים ו/או מחלה תורשתית אם כן בא פרט בשאלון <input checked="" type="checkbox"/> להשלמת פרטים רפואיים.											
				3. עישון - האם את מעשן היום <input type="checkbox"/> סיגריות - אם כן פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 <input type="checkbox"/> עד 40 <input type="checkbox"/> עד 60 <input type="checkbox"/> יותר מ- 60 <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> נרגילה											
				3.1 הפסקת עישון במהלך השנתיים האחרונות											
				3.2 הפסקת עישון לפני יותר משנתיים ואי-חזרה לעישון כלל											
				4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר											
				5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים אם כן בא פרט כמות ליום: _____											

2				שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים						ילדים - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן?						3		2		1	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים. אות השאלון											
				1. במערכת העצבים והמוח והפרעות התפתחות - לרבות מיגרנה, אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, גידול מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות, הפרעת קשב וריכוז והפרעות התפתחות											
				2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אובדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי											
				3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומטורקס, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה											
				4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזת											
				5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב, מום בלב, איוושה, פריקרדיטיס (דלקת קרום הלב), צינתור, טרומבוזת, תסחיף, מפרצת באורטה											
				6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסרון, מחלת קרוהן, אולצריטיס קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס											
				7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת לבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל											
				8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).											
				9. מחלה מטבולית ו/או אנדוקרינית (הורמונלית): לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שידודן (GOUT), FMF.											
				10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון											
				11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות).											
				12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן											
				13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי כעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה, בכטרב											
				14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות הפרדות רשתית, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 8, אובאיטיס, קרטוקומוס, ירידה בשמיעה, מחלת מנייר, טינטון, אילמות, בעיה כלשהי במיתרי הקול.											
				15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, הפלות חוזרות, כעת בהריון, אשך טמיר											
				16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פברומיאליגיה											

### המשך / הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

ילדים - שמות						אות השאלון		3 - שאלות נוספות			3				
3		2		1		(אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך הטבלה)						מועמד ראשון		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא	כן	לא							כן	לא	כן	לא
						1. נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי ו/או השגחתי									
						2. קיימת מחלה ו/או בעיה כרונית ו/או תורשתית									
						3. אושפזת בחמש השנים האחרונות (לרבות אשפוז יום) למעט ניתוחים									
						4. נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית או שאתה צפוי לעבור ניתוח או בדיקה פולשנית אם כן, מהו הניתוח ומועדו									
						5. קיימת נכות כלשהי ו/או אתה בתהליך לקבלת נכות עקב תאונה ו/או מחלה ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות									
						6. נדחתה הצעה לביטוח חיים ו/או אובדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד									
						7. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו, נמצאו ממצאים חריגים									
						8. מצוי בבירור רפואי כלשהו									
						9. לילדים בלבד: בהתאם לגיל הילד, האם ישנם חיסונים שעדיין לא ניתנו?									

פירוט לשאלות בשאלון מספר 3 בלבד להן ניתנה תשובה חיובית. בכל מקרה אחר יש למלא שאלון מתאים על פי ההפניה בשאלונים 1 ו- 2.

מספר שאלה	שם המועמד	תיאור
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים ולכל מאן דבעי

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מסי ת.ז. \_\_\_\_\_

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מסי ת.ז. \_\_\_\_\_

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. **ולראיה באתי/נו על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה XX \_\_\_\_\_

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח עלי-ידה, 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.

מספר  
ההצעה  -

שם העמית \_\_\_\_\_  
מספר זהות \_\_\_\_\_

## בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - כלל פנסיה

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה

1. כלל פנסיה  2. כלל פנסיה משלימה

אם המעביד הוא לקוח עסקי חדש, יש למלא שם איש הקשר \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

**א. שאלות לזיהוי טלפוני** (בעת פנייה טלפונית לקרן, תיידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקרן)

1. שם עיר המגורים בה נולדת \_\_\_\_\_ 2. שם ביה"ס בו למדת בכיתה א' \_\_\_\_\_ 3. שם סבך מצד אמך \_\_\_\_\_

### ב. מסלולי פנסיה

1. אם בחרת בתכנית **כלל פנסיה** -

נא בחר וסמן ב- אחד מן המסלולים. עמית שלא בחר באחד מן המסלולים יבוטח ככרית מחדל במסלול הבסיסי.

מסלול בסיסי  מסלול עתיר ביטוח נכות  מסלול עתיר חיסכון  מסלול בסיסי נכות מינימלית  
 מסלול משפחה  מסלול עתיר ביטוח שאירים  מסלול עתיר חיסכון בפרישה מוקדמת  מסלול יסודי

ניתן לשנות את מסלול הפנסיה באמצעות הגשת טופס "בחירת מסלול פנסיה". הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים תחייב הצהרת בריאות ותיעשה בכפוף לאישור הקרן, וכן תחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה לשינוי המסלול

**עמית שלא ביקש לוותר על כיסוי ביטוחי, ינוכו ממנו כיסויים ביטוחיים לסיכונים מוות, וזאת אף אם אין לו בן/בת זוג ו/או ילדים**

**יתור על פנסית שאירים -** אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסית שאירים או על חלק ממנו אנא סמן (יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח).

**ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לבן/בת הזוג וילדים**  **ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לבן/בת הזוג בלבד.** ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לביטול נוספו לך בן/בת-זוג ו/או ילדים. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי, תוכל, בהודעה בכתב להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים וחוזר חלילה.

**הויתור האמור אפשרי רק אם אין לך שאירים חוקיים כהגדרתם בתקנון הקרן.**

2. אם בחרת בתכנית **"כלל פנסיה משלימה"** - מסלול הפנסיה שלך יהיה  **מסלול זקנה**

### ג. אפיקי השקעות

באפשרותך לבחור אפיק השקעות בו יושקעו כספייך הצבורים בקרן (נא לסמן ב-):

**ספיר** % \_\_\_\_\_  **מסלול כהלכה (חושן)** % \_\_\_\_\_  **ענבר** % \_\_\_\_\_  **סה"כ (100%)**

(עמית שלא יבחר באחד מהאפיקים הרשומים לעיל, יבוטח באפיק השקעה "ספיר").

- אפשר לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה, באמצעות טופס מיוחד.
- אפשר לבחור תמהיל השקעות המורכב משני מסלולי השקעה בלבד.

### ד. הצהרת עמית

1. ידוע לי כי התקשרתי בהתאם לטופס ההצעה, כמפורט לעיל, היא עם "כלל חברה לביטוח בעי"מ, (להלן **"המבטח"**) ועם כלל פנסיה וגמל בע"מ, החברה המנהלת את קרן הפנסיה הנבחרת ("החברה המנהלת"), כל אחת מהן בנפרד.

2. 2.1 אני נותן בזאת את הסכמתי לכך שהתשלומים לקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח, וכן שהסכומים אותם אני או מי מטעמי נהיה זכאים לקבל מקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח.

2.2 ידוע לי כי התחייבויות המבטח נפרדות מהתחייבויות קרן הפנסיה והן אינן קשורות זו לזו.

3. ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.

4. 4.1 הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתני כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כן אני מתחייב להודיעכם על כל שינוי בפרטי האישיים.

4.2 ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכוונה או ביוזעין, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ודל"ן.

5. 5.1 אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לקרן הפנסיה לבצע אימות נתונים אל מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים אלה: מספר זהות, שם משפחה ופרטי, שם האב, מין, תאריך לידה ומצב משפחתי. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לרשום במרשם האוכלוסין, בהתאם להוראות הדין.

5.2 כל הודעה שאמסור למבטח בעניין הביטוח ו/או הפנסיה תופנה למבטח ו/או לקרן הפנסיה, לפי העניין. ידוע לי כי כל הצהרותי בנפך ההצעה משמשות הן לצורך ביטוח מנהלים והן לצורך החברות בקרן הפנסיה.

5.3 כל הפרטים שמסרתי ו/או נמסרו לחברה ישמרו על-פי הצורך במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפך לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות על-פי שיקול דעתה של החברה.

6. **למפקיד בקרן מקיפה בלבד** - הפקדות העולות על התקרה: ידוע לי כי על-פי תקנות

מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות-גמל) התשכ"ד - 1964 ("התקנות"), אפשר לבטח בקרן פנסיה חדשה מקיפה הכנסה שאינה עולה על התקרה שנקבעה בתקנות. במקרה שיועברו לקרן דמי גמולים מהכנסה העולה על התקרה שנקבעה ("דמי גמולים עודפים"), אני מורה לכם להעביר את דמי הגמולים העודפים לקרן פנסיה חדשה משלימה שבניהול החברה המנהלת של קרן הפנסיה. העברה לקופות - גמל או למסלול הוני אחר, תיעשה לפי פניית בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או עם המעסיק.

7. ידוע לי/לנו שהודעות וכל המסמכים הנוגעים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשדירי החברה בלבד.

8. אני מעוניין לנכות מפעם לפעם אל הקופה/הקרן באמצעות הפקסמיליה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקופה/הקרן תהיה פטורה מכל אחריות למק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישרין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי-פעולה כלשהי של הקופה/הקרן בהתאם לבקשה זו, ובמיוחד ומבלי לגרוע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הוסמך לכך.

#### יתור על סודיות וקשר עם הלקוח

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן **"קבוצת כללי"**) ו/או כל מידע בקשר אליי שייגע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על-פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסמיליה, מערכת חיוב אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית

# 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 המשפחה	השם הפרטי	מספר ת.ז.
כתובת מגורים		

## ב. מיופה הכוח (בעל הרישיון, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו התאגיד)

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

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון ומי מטעמו (1), לפנות בשמי לגוף מוסדי (2) המפורט לעיל לשם קבלת מידע (3) אודות המוצרים (4) שלי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מס' חשבון הלקוח במוצר הפנסיוני	2. מספר קידוד של המוצר הפנסיוני	3. בעל הרישיון יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה 1 בטבלה. במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
 \* אם סימנתי v בעמודה השלישית, בעל הרישיון יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.  
 \* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.

## 1. ביטול הרשאה קודמת

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לבעל רישיון אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה ושאינם עבור קבלת מידע בלבד, זו תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

## 2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! 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

תאריך החתימה \_\_\_\_\_

חתימת הלקוח \_\_\_\_\_

תאריך החתימה \_\_\_\_\_

חתימת בעל הרישיון \_\_\_\_\_

שם בעל הרישיון \_\_\_\_\_

- (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 (יעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012. כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
- (2) "גוף מוסדי" - 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 שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
- (3) "מידע אודות מוצר" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31 ט' (ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31 ט' (ז) (1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.
- (4) "מוצר" -