

הצעה לביטוח

"חבילת חובה לעצמאים"

הכוללת הצטרפות לפרופיל דינמי לעצמאי ו/או הצטרפות לקרן פנסיה

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "כלל פנסיה" המנוהלות 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. **חובה להצטרף לפוליסה מסוג פרופיל דינמי ו/או קרן הפנסיה, יש למלא את הטופס בהתאם למוצרים הנבחרים.**

לתשומת לב!

בהצעה לביטוח המצורפת, 15 עמודי טופס. יש להקפיד על מילוי ההצעה על כל פרטיה ולצרף צילום תעודה מזהה (תעודת זהות, רשיון, נהיגה, דרכון). 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.

סוכן יקר, באחריותך לוודא:

- חתימות במקומות הנדרשים;
- בהצעת ביטוח בהפקדה חודשית גבוהה, יש למלא הצהרה ולצרף מסמכים לעניין "צו איסור הלבנת הון" - מילוי ההצהרה בעמוד 5.
- צירוף טופס גילוי נאות, אם נרכש פרופיל דינמי לעצמאי, חתום על ידי המועמד לביטוח.
- הצטרפות לביטוח חיים ו/או לקרן פנסיה, יש להעביר עמודים 1 עד 8 של ההצעה המקורית לצוות המטפל בכלל ביטוח.
- במידה ונרכש בנוסף לפרופיל דינמי לעצמאי ו/או קרן הפנסיה ביטוח בריאות, סיעוד. יש להקפיד על ההנחיות האלה:
יש להעביר תצלום לכלל בריאות או העתק קריא של עמודים 1, ו- 8 וכן את המקור של עמודים 10-14.

ההצעה משמשת למצטרף לפרופיל דינמי, לעצמאי ו/או לקרן פנסיה" לא ניתן להשתמש בהצעה זו לרכישת קרן פנסיה בלבד, קיימים טפסים ייעודיים באתר החברה

הצעה לביטוח "חבילת חובה לעצמאים"

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ונכרים כאחד כלל חברה לביטוח בע"מ

שם המסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	מספר הביטוח

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

א. פרטי המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

לפי הרשום בתעודת הזהות (חובה לצרף צילום תעודת זהות)*

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 <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	מין	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן ביום _____ סיגריות / מקטרת / סיגריה אלקטרונית / נרגילה במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות / מקטרת / סיגריה אלקטרונית / נרגילה / ליום במשך _____ שנים		הצהרת עישון <input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן ביום _____ סיגריות / מקטרת / סיגריה אלקטרונית / נרגילה במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות / מקטרת / סיגריה אלקטרונית / נרגילה / ליום במשך _____ שנים			
המקצוע / העיסוק		המקצוע / העיסוק			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט-_____		האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט-_____			
שם הרופא		שם הרופא		שם קופת החולים	
כתובת מגורים		מיקוד		מספר הטלפון	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי מלא שאלון מתאים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי מלא שאלון מתאים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ אם רלוונטי מלא שאלון מתאים	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט-_____		האם נדחתה 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 רישיון 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-_____			
המוטבים במות המבוטח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש *** (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
שם הילד		מספר זהות		תאריך לידה	
%		יחס קרבה		חלק ב- %	
<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה		<input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה			

* נא 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.

*** א. המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המועמד הראשי לביטוח (המבוטח) ב. המוטבים לכיסוי ברקת נא למלא בסעיף ח'

שם הילד	מספר זהות	תאריך לידה	מין
1			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
2			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
3			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
4			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

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

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - עצמאי

אופן התשלום חודשי <input checked="" type="checkbox"/>	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> בנייה מפוליסה קיימת <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - לא אפשרי בקרן הפנסיה <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא פרטים בסעיף טו')	תאריך התחלת הביטוח 01/___/20___
---	---	---------------------------------

ד. פרופיל דינמי - עצמאי (מוכר כקופת גמל לעצמאים)

שם המועמד לביטוח

<p>גיל המועמד לביטוח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל יקבע עפ"י גיל 67) <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67</p>			<p>מסלול ההשקעה</p> <p>1. מניות</p> <p>2. אג"ח ופקדונות</p> <p>3. מט"ח</p> <p>4. שקלי</p> <p>5. כהלכה (תכלת)</p> <p>6. כללי (1)</p> <p>7. כללי (2)</p> <p>8. כללי (3)</p> <p>9.</p> <p>סה"כ 100%</p>
<p>"פרופיל דינמי עצמאי"</p> <p>המוטב בתום תקופת הפוליסה הוא תמיד המבוטח</p>	<p>סוג התכנית</p> <p>דמי-ניהול מההפקדה השוטפת</p> <p>דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר</p>	<p>משלמת לקצבה</p> <p>4% _____ %</p> <p>1.05% _____ %</p>	
	<p>הפקדה בש"ח*</p> <p>חודשית</p> <p>חד פעמית</p>	<p>תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח מובטחים קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל):</p> <p><input type="checkbox"/> תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים</p> <p><input type="checkbox"/> תכנית הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים</p>	
	<p>עצמאי - מוכר כקופת גמל משלמת לקצבה לעצמאים</p>	<p>הערות: 1. אם לא נבחר מסלול השקעה יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי 3. 2. בפוליסה בפרמיה גבוהה יש לולא "הצהרת להלבנת הון" (עמוד 4)</p>	

<p>קין פנסיה</p> <p><input type="checkbox"/> כלל פנסיה <input type="checkbox"/> כלל פנסיה משלימה</p>	<p>אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 7 וחתימות בהתאם</p>	<p>סכום ההפקדה השוטפת</p> <p>ש"ח _____</p>
---	--	---

ה. כיסויים ביטוחיים "פרופיל דינמי - עצמאי"

סוג הכיסוי	סכום הביטוח	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	אופן רכישת הכיסויים הביטוחיים
<p>ביטוח למקרה מוות¹²</p> <p>עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה</p> <p><input type="checkbox"/> כולל חסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חסכון מצטבר</p>	<p>סכום הכיסוי הביטוחי כפוף למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת-גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה</p>	<p>עד תום תקופת הביטוח</p>	<p>מתוך התגמולים</p>
<p>כיסוי אבדן כושר עבודה³⁴</p> <p>ביטוח הכנסה / ביטוח הכנסה - עיסוקי</p> <p>עלות כיסוי משתנה כל שנה חובה לפרט!</p> <p><input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד</p> <p>תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 1 ח' <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'</p> <p>הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי /או שחרור</p> <p><input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזיה (לא ניתן לרכוש אם תק' המתנה היא 1 ח')</p> <p><input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)</p>		<p>עד תום תקופת הביטוח</p>	<p>מתוך התגמולים</p>
<p>כלל הרחבה לעצמאים⁵</p> <p>תקופת המתנה לכיסוי היא תקופת ההמתנה שנקבעה לכיסוי אובדן כושר עבודה (3 או 6 חודשי המתנה בלבד)</p>	<p>תשלום חודשי _____ ש"ח</p> <p>תקופת תשלום מירבית <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 12 ח'</p>	<p>עד תום תקופת הביטוח שנקבעה בכיסוי אכ"ע</p>	<p>על חשבון המועמד לביטוח בנוסף להפקדה לפרופיל (מעל ההפרשות)</p>

- מבוטח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת פרמיה, יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמוטב אשר נחתמה על-ידי 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 זכאות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת היסוי הביטוחי המקורי. המבוטח יחייב להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח. אם לא סומנה אחת מהאפשרויות לעיל, הפוליסה תופק לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חסכון מצטבר
- בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באופן כושר עבודה 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.
- 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.
- חובה לרכוש פיצוי אובדן כושר עבודה מסוג ביטוח הכנסה או ביטוח הכנסה - עיסוקי. התשלום החודשי יוגבל עד 30% מהפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה או עד תקרה של 6,000 ש"ח הנמוך מביניהם.

ו. 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

<p>א <input type="checkbox"/> הקטנת כיסויי ביטוחי למקרה מוות ולאחר מכן הקטנת הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולאחריו ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.</p>	<p>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.</p>
---	---

ז. העברות מקופות גמל

<p>הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ליכלל ביטוח*</p>		
<p>לשומת לבך:</p> <p>1. בהעברות כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים).</p> <p>2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה משלמת היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי הקצבה.</p>	<p>מעמד העמית בקופה המקבלת</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר (לאחר עזיבה בלבד)</p> <p>סוג התכנית המבוקשת</p> <p><input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי)</p> <p><input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</p> <p><input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי)</p> <p><input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</p>	<p>סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה</p> <p>סוג הקופה המעבירה</p> <p>כספים הוניים</p> <p>כספים מקופה לא משלמת לקצבה</p> <p>כספים מקופה משלמת לקצבה</p>

ח. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - כיסויים ביטוחיים - "קלאסי"

שם המועמד לביטוח _____

תאריך התחלת הביטוח 01/___/20___	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> גבייה מפוליסה קיימת <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - לא אפשרי בקרן הפנסיה <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא פרטים בסעיף ט"ו)
------------------------------------	--	---

ט. כיסויים ביטוחיים בפוליסה 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
ספיר בפרמיה משתנה (ביטוח יסודי)	
70	70
_____ ש"ח	_____ ש"ח
65	65
_____ ש"ח	_____ ש"ח
65	65
_____ ש"ח	_____ ש"ח
21	21
_____ ש"ח	_____ ש"ח
נכות מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות	
ביטוח הכנסה, ביטוח הכנסה - עיסוקי עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה חובה לפרט! <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'	ביטוח הכנסה, ביטוח הכנסה - עיסוקי עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה חובה לפרט! <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'
הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה (לא ניתן לרכוש אם תקי המתנה היא 1 ח') <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)	הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה (לא ניתן לרכוש אם תקי המתנה היא 1 ח') <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)
_____ ש"ח	_____ ש"ח
משלים אובדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ- 5,000 ש"ח) חובה לרכוש "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי"	_____ ש"ח
_____ ש"ח	_____ ש"ח

משלים לפנסיית 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 _____.

תשלום חודשי _____ ש"ח תקופת תשלום מירבית <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 12 ח'	עד תום תקופת הביטוח שנקבעה לכיסוי אכ"ע	כלל הרחבה לעצמאים** תקופת ההמתנה שנקבעה לכיסוי אובדן כושר עבודה (3 או 6 חודשי המתנה בלבד). לא ניתן לרכוש הכיסוי עם תקי המתנה של 1 חודש	תשלום חודשי _____ ש"ח תקופת תשלום מירבית <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 12 ח'	עד תום תקופת הביטוח שנקבעה לכיסוי אכ"ע
--	--	---	--	--

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

פרטי המוטבים במות המבוטח הראשי				פרטי הכיסוי עבור המועמד הראשי לביטוח			
קרבה למבוטח	ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	שם המשפחה	תקי הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי
							ביטוח יסודי
							ביטוח נוסף
							ביטוח נוסף
							ביטוח נוסף
פרטי המוטבים במות המבוטח השני				פרטי הכיסוי עבור המועמד השני לביטוח			
קרבה למבוטח	ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	שם המשפחה	תקי הביטוח	סכום הביטוח בש"ח	סוג הכיסוי
							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.

** חובה לרכוש פיצוי אובדן כושר עבודה מסוג "ביטוח הכנסה" או "ביטוח הכנסה - עיסוקי". התשלום החודשי יוגבל עד 30% מהפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה או עד תקרה של 6,000 ש"ח הנמוך מביניהם.

י. הצהרות

הצהרת המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח, מבקשים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות. 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/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ג. ידוע לי/לנו שהודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטיבים משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

ד. בביטוח משלים לפנסיית נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו היית/ינו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.

ה. לכיסוי ביטוחי כלל הרחבה לעצמאיים - הנני מצהיר כי הנני עובד כעצמאי, ואני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בסטטוס המיסוי מעובד עצמאי לעובד שכיר או לעובד בעל שליטה בחברת מעטים.

ו. אני/ו מצהיר/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

ז. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה 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 עפ"י שיקול דעתה של החברה. ח. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן ככתובת למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בקבוצת כלל.

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 שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נהגת 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 חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

חתימת המועמד השני XX

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X

תאריך

הצהרה בדבר קבלת הסכרים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצויין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע

שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים המשווקים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

חתימת המועמד השני XX

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X

תאריך

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

חתימת המועמד השני XX

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה X

תאריך

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

סוכן הביטוח הרשום בהצעה זו, מתמנה בזה להיות שלוחי ומתבקש בזה לפעול מטעמי לעניין המי"מ לקראת כריתת חוזה הביטוח עם המבטח ולעניין כריתתו.

מסמכים ו/או בקשות שיועברו למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל, יחייבו את המבטח רק משאושרו בכתב על-ידו או על-ידי חתם מוסמך מטעמו.

חתימת המועמד השני XX

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה 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 בכפוף.

חתימת המשווק

תאריך / היועץ / הסוכן הפנסיוני

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. _____

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 אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או בייכ 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

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.

תאריך _____

חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה

חתימת המועמד השני

קוד מסמך 134

יא. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון חובה למלא אם התבקשה "פרמיה גבוהה" לפוליסה לפי סעיף 47 (ב') (2) ("פרמיה גבוהה" לפי צו איסור הלבנת הון)

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

קוד מסמך 171

יב. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים - למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים (סעיף 4 א' בחוזר המפקח)

מועמד ראשון	מועמד שני		הפעולות
	כן	לא	
			יבטלו
			ייפדו 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.

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

1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט

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

2. האם בידך נספחים (ריזידים) 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 פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי / בעל הפוליסה

חתימת המועמד השני

הצהרת הסוכן למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: לא כן

תאריך _____ חתימת הסוכן

חתימת הסוכנות

ג. גבייה מפוליסה קיימת - שים לב, בעל הפוליסה חייב להיות זהה לבעל הפוליסה בהצעה זו

נא לגבות על-פי הסדר הגבייה בפוליסת ביטוח חיים מספר _____

ד. פרטי כרטיס האשראי - בקרן הפנסיה אין אפשרות לחיוב בכרטיס אשראי, יש למלא הוראת קבע

סוג הכרטיס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		בתוקף עד _____ שם בעל כרטיס האשראי _____		מספר כרטיס אשראי _____	
<input type="checkbox"/> דינרס		מספר _____		מיקוד _____	
כתובת _____		יישוב _____		מינוח _____	

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 _____

טו. הרשאה לחיוב חשבון הבנק - עבור ביטוח חיים וקרן הפנסיה בלבד

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

לכבוד _____
 בנק _____
 סניף _____
 הכתובת _____

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

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו 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:

- ההוראה 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 זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, 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.

חתימת בעלי החשבון _____ תאריך _____

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

אישור הבנק

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

בכבוד רב,

חתימת וחותמת הסניף

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

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

קיבלנו הוראות מ- _____ מספר זהות _____

לכד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 יגנע בהתחייביותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____
 בנק _____
 סניף _____

