

# הצעה לביטוח

## "פרופיל הדור החדש - אישי"

## "פרופיל הדור החדש - עצמאי"

## "קלאסי"

## ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה

## "מיטבית - עתודות"

## ו/או ל"כלל גמל"

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "מיטבית - עתודות" ו/או לחברת הביטוח "כלל" ו/או לקופת הגמל "כלל גמל" 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!

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

**סוכן יקר, באחריותך לוודא:**

- מילוי ההצעה על כל פרטיה;
- חתימות במקומות הנדרשים;
- בהצעת ביטוח בהפקדה חודשית גבוהה, יש למלא הצהרה ולצרף מסמכים לעניין "צו איסור הלבנת הון" - מילוי ההצהרה בעמוד 8;
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 8;
- צירוף טופס גילוי נאות, חתום על-ידי המבוטח.

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

**הצעה לביטוח**  
**"פרופיל הדור החדש - אישי"**  
**"פרופיל הדור החדש - עצמאי", "קלאסי"**  
**ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה "מיטבית - עתודות"**  
**ו/או ל"כלל גמל"**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ולגבריות כאחד

**א. פרטי בעל הפוליסה (יש למלא בפרופיל אישי בלבד)**

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות/ח"פ (אם חברה בע"מ)	מין	תאריך לידה
			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	e-mail

**ב. פרטי המבוטח - לפי הרשום בתעודת הזהות (המועמד לעמית בקרן הפנסיה - אם מבוקש)**  
**אם לא מבוקש מבוטח שני ומצטרפים לקרן הפנסיה, יש למלא בטור "המבוטח השני" את הפרטים האישיים שבמסגרת המודגשת בלבד**

המבוטח הראשי		המבוטח השני	
שם המשפחה והשם הפרטי	המשפחה הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	המשפחה הפרטי
ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב
מספר הזהות	מספר הזהות	מספר הזהות	מספר הזהות
תאריך הלידה	תאריך הלידה	תאריך הלידה	תאריך הלידה
מין	מין	מין	מין
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
האם אתה מעשן או שעיננת ב-3 השנים האחרונות?	האם אתה מעשן או שעיננת ב-3 השנים האחרונות?	האם אתה מעשן או שעיננת ב-3 השנים האחרונות?	האם אתה מעשן או שעיננת ב-3 השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
המקצוע/העיסוק	המקצוע/העיסוק	המקצוע/העיסוק	המקצוע/העיסוק
הכתובת	הכתובת	הכתובת	הכתובת
מיקוד	מיקוד	מיקוד	מיקוד
מספר הטלפון	מספר הטלפון	מספר הטלפון	מספר הטלפון
מספר הפקס	מספר הפקס	מספר הפקס	מספר הפקס
e-mail	e-mail	e-mail	e-mail
האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים
האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים?	האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים?	האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים?	האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	<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?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -
המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח*, אחרת מלא פרטים להלן:	המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח*, אחרת מלא פרטים להלן:	המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח*, אחרת מלא פרטים להלן:	המוטב בתום תקופת הביטוח הוא המבוטח*, אחרת מלא פרטים להלן:
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה
יחס קרבה	יחס קרבה	יחס קרבה	יחס קרבה
חלק ב-%	חלק ב-%	חלק ב-%	חלק ב-%
במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על פי הרשום לעיל)	במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על פי הרשום לעיל)	במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על פי הרשום לעיל)	במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על פי הרשום לעיל)
רק ב"איש" אפשר לקבוע מוטב אחר בתום תקופת הביטוח.	רק ב"איש" אפשר לקבוע מוטב אחר בתום תקופת הביטוח.	רק ב"איש" אפשר לקבוע מוטב אחר בתום תקופת הביטוח.	רק ב"איש" אפשר לקבוע מוטב אחר בתום תקופת הביטוח.
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> במקרה מוות קודם של מי שרשום לעיל פרט -	<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> במקרה מוות קודם של מי שרשום לעיל פרט -	<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> במקרה מוות קודם של מי שרשום לעיל פרט -	<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> במקרה מוות קודם של מי שרשום לעיל פרט -

**ג. פרטי הילדים - לצורך הצטרפות לקרן הפנסיה - יש למלא פרטי ילדים עד גיל 21**

שם הילד	הצטרפות לקרן הפנסיה	מספר זהות	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

**ד. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - עצמאי**

תאריך התחלת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף יא)	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא בסעיף יב)
01/___/20__	חודשי <input checked="" type="checkbox"/>			

**ה. פרופיל הדור החדש - עצמאי (מוכר כקופת גמל לעצמאים)**

<p><b>קרן פנסיה</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית</p> <p><input type="checkbox"/> 2. מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה</p> <p>סכום ההפקדה השוטפת ש"ח _____</p> <p>אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 9 וחתמו בהתאם</p> <p><b>גמל והשתלמות</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> הצטרפות לקרן השתלמות</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> העברת כספים חד-פעמיים ל"כלל גמל"</p> <p><input type="checkbox"/> מלא בעמודים 10 ו-11</p>	<p>גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67)</p> <p>67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/></p> <p><b>פרופיל הדור החדש - עצמאי - תכנית משלמת לקצבה</b></p> <table border="1"> <tr> <th>שם התכנית</th> <th>איתן <input type="checkbox"/></th> <th>עוז <input type="checkbox"/></th> <th>אופק <input type="checkbox"/></th> <th>עוגן <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>דמי-ניהול מההפקדה השוטפת</td> <td>13% יורד</td> <td>8% יורד</td> <td>0%</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר</td> <td>1%</td> <td>1.40%</td> <td>2%</td> <td>1.25%</td> </tr> </table> <p>הפקדה בש"ח בעבור פרופיל הדור החדש - עצמאי</p> <table border="1"> <tr> <th>הפקדה בש"ח</th> <th>חודשית</th> <th>חד-פעמית *</th> </tr> <tr> <td>עצמאי - מוכר כקופת גמל לעצמאים</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>* הפקדה חד-פעמית תופקד לפוליסה מסוג אופק. במקרים בהם בחר המבוטח להפקיד הפקדה שוטפת לתכנית עוגן או עוז, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בטופס הצעה זה, בכפוף להסדר התחיקתי.</p>	שם התכנית	איתן <input type="checkbox"/>	עוז <input type="checkbox"/>	אופק <input type="checkbox"/>	עוגן <input type="checkbox"/>	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	13% יורד	8% יורד	0%	7%	דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	1%	1.40%	2%	1.25%	הפקדה בש"ח	חודשית	חד-פעמית *	עצמאי - מוכר כקופת גמל לעצמאים			<p><b>"פרופיל הדור החדש - עצמאי"</b></p> <table border="1"> <tr> <th>מסלול ההשקעה</th> <th>% השקעה</th> </tr> <tr> <td>1. מניות</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. אג"ח ופקדונות</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. מט"ח</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. שקלי</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. כללי (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. כללי (2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. כללי (3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>100%</td> </tr> </table> <p>הערה: אם לא נבחר מסלול השקעה, סה"כ יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי 3.</p>	מסלול ההשקעה	% השקעה	1. מניות		2. אג"ח ופקדונות		3. מט"ח		4. שקלי		5. כללי (1)		6. כללי (2)		7. כללי (3)		8.			100%
שם התכנית	איתן <input type="checkbox"/>	עוז <input type="checkbox"/>	אופק <input type="checkbox"/>	עוגן <input type="checkbox"/>																																							
דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	13% יורד	8% יורד	0%	7%																																							
דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	1%	1.40%	2%	1.25%																																							
הפקדה בש"ח	חודשית	חד-פעמית *																																									
עצמאי - מוכר כקופת גמל לעצמאים																																											
מסלול ההשקעה	% השקעה																																										
1. מניות																																											
2. אג"ח ופקדונות																																											
3. מט"ח																																											
4. שקלי																																											
5. כללי (1)																																											
6. כללי (2)																																											
7. כללי (3)																																											
8.																																											
	100%																																										

**ו. כיסויים ביטוחיים מתוך "פרופיל הדור החדש - עצמאי"**

המקור	תקופת הביטוח בהסדר התחיקתי	סכום הביטוח/פיצוי החודשי בש"ח	סוג הכיסוי	כיסויים ביטוחיים למקרה מוות
<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאי	עד תום תקופת הביטוח	סכום הכיסוי הביטוחי כפוף למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך הפרשות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאי	עד תום תקופת הביטוח		<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס עלות כיסוי משתנה כל שנה חובה לפרט! <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה חובה לפרט! השתכרות בחודש האחרון _____ 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"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס עלות כיסוי משתנה כל שנה חובה לפרט! <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה חובה לפרט!

**ז. העברות מקופות גמל**

<p>הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל                  חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"</p>													
<p><b>לתשומת לבך:</b></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 קצבה.</p> <p>3. הכספים יופקדו לפוליסה מסוג "אופק" ובהתאם למהותם.</p>	<table border="1"> <tr> <th>מסלול ההפקדה</th> <th>סוג הקופה המעבירה</th> </tr> <tr> <td>                 מעמד העמית בקופה המקבלת  <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר (לאחר עזיבה בלבד)             </td> <td>                 סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה             </td> </tr> <tr> <td>                 סוג התכנית המבוקשת             </td> <td>                 סוג הקופה המעבירה             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי)  <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה             </td> <td>                 כספים הוניים             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי)  <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה             </td> <td>                 כספים מקופה לא משלמת לקצבה             </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה             </td> <td>                 כספים מקופה משלמת לקצבה             </td> </tr> </table>	מסלול ההפקדה	סוג הקופה המעבירה	מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר (לאחר עזיבה בלבד)	סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת	סוג הקופה המעבירה	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים הוניים	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה לא משלמת לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה משלמת לקצבה
מסלול ההפקדה	סוג הקופה המעבירה												
מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר (לאחר עזיבה בלבד)	סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה												
סוג התכנית המבוקשת	סוג הקופה המעבירה												
<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים הוניים												
<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה לא משלמת לקצבה												
<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה משלמת לקצבה												

כיסויים ביטוחיים נוספים מתוך פרופיל "אישי" או "קלאסי" - מלא בעמוד הבא

**ח. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה - אישי**

תאריך התחלת הביטוח: 01 / \_\_ / 20 \_\_  
 אופן התשלום:  חודשי  
 אופן הגבייה:  כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף יא)  הוראת קבע (מלא בסעיף יב)

**ט. פרופיל הדור החדש מסוג אישי (לא מוכר כקופת ביטוח)**

**● "פרופיל הדור החדש - אישי"**  
 גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67): 67  65  64  62  60

מסלול השקעה	% השקעה	מסלול השקעה	% השקעה
1. מניות	0.5	כללי (1)	
2. אג"ח ופקדונות	0.6	כללי (2)	
3. מט"ח	0.7	כללי (3)	
4. שקלי	0.8		
סה"כ		100 %	

הערה: אם לא נבחר מסלול השקעה, יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי 3.  
 \* הפקדה חד-פעמית תופקד לפוליסה מסוג אופק במקרים בהם בחר המבוטח להפקיד הפקדה שוטפת לתכנית עוגן או עז, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בטופס הצעה זה.

סוג התכנית	שם התכנית	הון	קצבה
←	←	איתן <input type="checkbox"/> עוז <input type="checkbox"/> אופק <input type="checkbox"/> עוגן <input type="checkbox"/>	
דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	13% יורד	8% יורד	0%
דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	1%	1.40%	2%
הפקדה בש"ח בעבור פרופיל הדור החדש - אישי			
אישי - לא מוכר כקופת ביטוח			

**י. כיסויים ביטוחיים מתוך "פרופיל הדור החדש - אישי" או "קלאסי"**  
 הכיסוי יצורף לביטוח שנבחר. אם נבחר יותר מאחד רשום לאיזה סוג פוליסה

מבוטח שני				סוג הכיסוי	מבוטח ראשי			
סוג הפוליסה	סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל ולא יותר מתום תקופת הביטוח		סוג הפוליסה	סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל ולא יותר מתום תקופת הביטוח
"פרופיל הדור החדש - אישי"			עד תום תקופת הפוליסה	ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל <input type="checkbox"/> (רק לראשי) חיסכון מצטבר	"פרופיל הדור החדש - אישי"			עד תום הפוליסה
"קלאסי" (בפוליסה נפרדת)			70	ספיר בפרמיה משתנה כל שנה	"קלאסי"			70
				ברקת				
			65	מוות מתאונה				65
			65	נכות מתאונה				65
				נכות מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצעה				21
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט!			67	ביטוח אבדן כושר עבודה למלא אם מבוקש פיצוי לאבדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט!			67
<input type="checkbox"/> בהפקדה שוטפת קבועה <input type="checkbox"/> בהפקדה שוטפת קבועה "ל"קלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה					<input type="checkbox"/> בהפקדה שוטפת קבועה <input type="checkbox"/> בהפקדה שוטפת קבועה "ל"קלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה			
ש"ח _____				סכום הפיצוי החודשי	ש"ח _____			
ש"ח _____				השתכרות בחודש האחרון	ש"ח _____			
ש"ח _____				האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה?	ש"ח _____			
"קלאסי"			65	משלים אבדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ-5,000 ש"ח) חובה לרכוש "הכנסה בטוחה" או "הכנסה בטוחה פלוס"	"קלאסי"			65
			70	אחריות לחיים				70

**יא. ביטוחים משלימים לקרן הפנסיה**

משלים לפנסיה נכות  
 אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור במקרה אבדן כושר עבודה;  
 אפשר להוסיף ב"קלאסי" ובסדרת "הכנסה בטוחה" שהיא כביטוח יסודי בלבד ש"ח \_\_\_\_\_  
 המבוטח הראשי עמית בקרן הפנסיה \_\_\_\_\_ המשכורת בקרן הפנסיה היא ש"ח \_\_\_\_\_

## י. הצהרות

שם המבוטח

### הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה וביטוח

ז. אני/נו 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 של שינוי במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.

ח. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צרכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שייספק לה מידע לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

#### 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 ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אליי שיועיל לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים 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 פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

אני/נו החתום/ים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבוטח") לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

א. אני/נו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמת/נו מן המבוטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבוטח על-ידי/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבוטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בני/נו לבין המבוטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי/לנו על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבוטח לדחיית קבלת ההצעה.

ב. אני/נו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבוטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

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. ידוע לי/נו כי בנוסף לאמור לעיל, חוזה הביטוח ייכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבוטח.

ה. אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני כעת ו/או בעתיד, יבוטל כל מינוי קודם של יועץ פנסיוני ו/או משווק פנסיוני בקשר עם המוצר/ים הנזכרים בהצעה.

ו. בביטוח משלים לפנסיה נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.

חתימת המבוטח השני XX

חתימת המבוטח הראשי X

חתימת בעל הפוליסה (באישו בלבד) (X)

תאריך

### הצהרה והסכמה בעניין ייעוץ השקעות בפוליסות פרופיל הדור החדש (חובה לחתום אם נרכש פרופיל הדור החדש אישי)

לייעץ 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 ומשאבות.

אני מצהיר ומסכים בזה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק בייעוץ רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות נירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי

חתימת המבוטח הראשי X

חתימת בעל הפוליסה (באישו בלבד) (X)

תאריך

### הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

כאני 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 הפנסיוניים המשווקים על-ידי החברה מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיוניים משתנה מעת לעת.

חתימת המבוטח הראשי X

חתימת בעל הפוליסה (באישו בלבד) (X)

תאריך

### אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

חתימת המבוטח השני XX

חתימת המבוטח הראשי X

חתימת בעל הפוליסה (באישו בלבד) (X)

תאריך

### מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל יחייבו את המבוטח רק משאושרו בכתב על-ידו או על-ידי חתם מוסמך מטעמו.

סוכן הביטוח הרשום בהצעה זו מתמנה בזה להיות שלוחי ומתבקש בזה לפעול מטעמי לעניין המיו"מ לקראת כריתת חוזה הביטוח עם המבוטח ולעניין כריתתו. מסמכים ו/או בקשות שיועברו

חתימת המבוטח השני XX

חתימת המבוטח הראשי X

חתימת בעל הפוליסה (באישו בלבד) (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

תאריך

מק"ט 15951 / 64020223 ר"ה 6.2009

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

לשון יחיד תקף גם ללשון רבים

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

שאלון מבוא כללי				1			
שאלה / הנושא				מועמד ראשון		מועמד שני	
				כן	לא	כן	לא
1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים							
2. מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים - אם כן, פרט בשאלון א' בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים"							
3. עישון - האם 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"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת							
3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות							
3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל							
4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר							
5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים							
6. נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו							
7. טרם ניתנו כל החיסונים הנדרשים עליידי משרד הבריאות בהתאם לגילו - נא לרשום את גיל הילד							

שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים				2			
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.				מועמד ראשון		מועמד שני	
אות השאלון				כן	לא	כן	לא
1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות							
2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדני, 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, טרומבоза, תסחיף, מפרצת באאורטה							
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 כלייה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).							
9. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית: לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שידון FMF, (GOUT)							
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), חום ממושך							
12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן							
13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד 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, קרטוקונוס, ירידה בשמיעה, מחלת מנייר, טינטון, יבלת במיתרי הקול							
15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, הפלות חוזרות, היריון, אשך טמיר							
16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פיברומיאליגיה							

מק"ט 15951 / 64020223 / ר"ה 6.2009

שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים שלא פורטו לעיל					ילדים עד גיל 18 - שמות		מועמד ראשון		מועמד שני	
האם יש ו/או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית יש לפרט בהמשך, נא לרשום את שם המועמד מספר השאלה					1		לא		כן	
					כן	לא	כן	לא	כן	לא
				1. הוגשה תביעה ו/או אתה מצוי בהליכי הגשתה ו/או אתה מתעתד להגיש תביעה בביטוח אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל						
				2. נדחתה הצעה לביטוח חיים ו/או אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל						
				3. מקבל תרופות למחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל						
				4. אשפוז בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל						
				5. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל						
				6. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל						
				7. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל						

**פירוט לשאלות להן ניתנה תשובה חיובית**

מספר השאלה    שם המועמד    תיאור


**1. הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית**

א. אני נותן בזה רשות לקופת־חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת־חולים מכבי, קופת־חולים כללית, קופת־חולים לאומית, קופת־חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקרנות הפנסיה, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח ו/או כל חברה בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על־ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדרש דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על־פי פוליסה זו.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבונני ובאיכוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ה. 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, רבות קופות החולים ו/או רופאית ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

**2. הצהרת המועמדים לביטוח**

א. אני מצהיר ומסכים 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 בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על־ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיטיים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על־פי הפוליסה להיפגע.

**ולראיה באנו על החתום:**

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

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

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

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

מק"ט 15951 / 64020223 / ר"ה 6.2009

## יא. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס		מספר כרטיס אשראי		בתוקף עד	
<input type="checkbox"/> כאל	<input type="checkbox"/> דינירס				
שם בעל כרטיס האשראי		מספר זהות		מספר	
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		<input type="checkbox"/> ישראלכרט		<input type="checkbox"/>	
כתובת		רחוב		יישוב	
		מספר		מיקוד	
<p>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.</p> <p>הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p>					
<p>תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי <input checked="" type="checkbox"/></p>					

## יב. הרשאה לחיוב חשבון בנק



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

## הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

1. אני/ו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות / ח"פ \_\_\_\_\_

מכתובת \_\_\_\_\_

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם, 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:

א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. 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.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. 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.

7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה  
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ  
על פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון

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

## אישור הבנק

לכבוד  
כלל חברה לביטוח בע"מ  
דרך מנחם בגין 48  
תל אביב, 66180

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם עלידכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימנו יימסר למשלם.



שם המבוטח \_\_\_\_\_ קוד מסמך 171

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

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

הפעולות	לא	כן
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		

**1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?**

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט

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

**2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?**

לא, חתום כנדרש בסוף שאלון לפוליסת ביטוח חיים זה.

כן, נא פרט

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו ←:

הפעולות	לא	כן
בתנאי התכנית, כגון בכיסויי הביטוחיים להם אתה זכאי		
בהפקדה השוטפת ו/או בסכומי הביטוח		

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 המבוטח הראשי **X** \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח השני **XX**

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

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

קוד מסמך 134

**הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון**

אני \_\_\_\_\_ בעל תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי.  
אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה (באישי בלבד) **X**

**חובה לצרף תצלום של תעודת זהות**

מק"ט 15951 / 6402023 / ר"ה 6.2.009

# בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה מיטבית - עתודות

שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה  1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית  
 2. מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה (להלן "קרן הפנסיה")

## א. מסלולי פנסיה

1. אם בחרת בתכנית "מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית" - נא בחר וסמן ב- אחד מן המסלולים. עמית שלא בחר באחד מן המסלולים יבוטח כברירת מחדל במסלול הבסיסי.

מסלול בסיסי  מסלול עתיר ביטוח נכות  מסלול עתיר חיסכון  מסלול בסיסי מינימום נכות  מסלול משפחה  מסלול עתיר ביטוח שאירים  מסלול עתיר חיסכון בפרשיה מוקדמת  מסלול בסיסי מקסימום נכות

אפשר לשנות את מסלול הפנסיה באמצעות בקשה בכתב. הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים תחייב הצהרת בריאות ותיעשה בכפוף לאישור הקרן, וכן תחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה לשינוי המסלול.

**ויתור 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 לנכות ולילדים  ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לנכות הזוג בלבד

ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה 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 "מיטבית - עתודות - קרן כללית משלימה" - מסלול הפנסיה שלך יהיה  מסלול זקנה

## ב. אפיקי השקעות

באפשרותך לבחור אפיק השקעות בו יושקעו כספך הצבורים בקרן (נא לסמן ב- יחלוט  יתלום  ספיר \_\_\_\_\_ %). אפשר שלא ייבחר באחד מהאפיקים הרשומים להלן, יבוטח באפיק השקעה "ספיר". אפשר לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה, באמצעות טופס מיוחד. אפשר לשנות את תמהיל ההשקעות עד 4 פעמים בשנה קלנדרית ולא יותר מפעם אחת ברבעון קלנדרי.

אפשר לפצל את הכספים כאמור לעיל, אם היתרה הצבורה לזכותך, לאחר הפיצול בכל אפיק תהיה גבוהה מפעמיים השכר הממוצע במשק, אם לא יתקיים התנאי האמור, יושקעו כל הכספים באפיק לגביו קבעת את שיעור ההפקדה הגבוה יותר, ואם קבעת שיעורי הפקדה זהים - האפיק שייבחר הוא "ספיר".

## ג. שיעור דמי גמולים מתוך ההכנסה המובטחת

16% - השיעור מן ההכנסה יקבע את גובה התשלום ואת גובה הכיסוי הביטוחי

## ד. חברות קודמת בקרן פנסיה

שם המעסיק	תקופת החברות		שם הקרן
	תאריך סיום	תאריך התחלה	

הודעתי על הפסקת הביטוח לנכות ולשאירים בקרן הקודמת  לא הודעתי דבר

## ה. שאלות לזיהוי טלפוני (בעת פנייה טלפונית לקרן, תידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקרן)

1. באיזה בית-ספר יסודי למדת \_\_\_\_\_ 2. נא רשום קוד בן 4 ספרות לזיהוי טלפוני \_\_\_\_\_

## ו. הצהרת העמית

- ידוע לי כי התקשרותי בהתאם לטופס ההצעה, כמפורט לעיל, היא עם "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטח") ועם מיטבית - עתודות חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ, החברה המנהלת את קרן הפנסיה הנבחרת ("החברה המנהלת"), כל אחת מהן בנפרד.
- 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.
- 4.1 הפרטים שמסרת בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי 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 בודיען, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולדין.
- 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, מען מלא, מין, תאריך לידה ומצב משפחתי. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם התושבים.
- 5.2 כל הודעה שאמסור למבטח בעניין הביטוח ו/או הפנסיה תופנה למבטח ו/או לקרן הפנסיה, לפי העניין. ידוע לי כי כל הצהרותי בגוף ההצעה משמשות הן לצורך ביטוח המנהלים והן לצורך החברות בקרן הפנסיה.

- 5.3 כל הפרטים שמסרתי ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות על-פי שיקול דעתה של החברה.
- אני מסכים שהחברה תמסור לכלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ו/או לכל אחת מחברות הבנות שלה (להלן "החברות בקבוצת כלל"), כל מידע בקשר אליי, לרבות מידע על התקשרויותי עם החברה, וכי המידע האמור ישמש את מי מבין החברות בקבוצת כלל ויירשם במאגרי המידע שלהן, בין היתר, לצורך יצירת קשר עמי על-ידי מי מבין החברות בקבוצת כלל, לרבות לצורך דיור ישיר לרכישת מוצרי ו/או שירותי החברות בקבוצת כלל. כמו כן, רשאית החברה לקבל מהחברות בקבוצת כלל כל מידע בקשר אליי, לרבות מידע על התקשרויותי עם החברות הנ"ל.
- 5.4 אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני כעת או בעתיד, יבוטל כל מינוי קודם של יועץ פנסיוני ו/או משווק פנסיוני בקשר עם המוצרים הנזכרים בהצעה.
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 תקרה 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 פנייתך בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או עם המעסיק.**

חתימת  
העמית

תאריך \_\_\_\_\_

מ/ט 15951 / 6402023

**בקשת הצטרפות לקופת גמל/לקרן השתלמות**

מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים  
www.clalgemel.co.il  
חברה מנהלת כלל גמל בע"מ  
רחוב נירים 2, תל-אביב 67060  
טלפון הנהלה 077-6386000, פקס 077-6386195  
מוקד שירות - טלפון 03-7111110 \*5654

מספר חשבון הקופה

שם הסוכן	מספרו
שם איש קשר	מספר טלפון
סניף בנק של הלקוח	מספרו

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לבני שני המינים.  
החשבון נפתח לצורך:

קופת הגמל/לקרן השתלמות הנבחרת:  קרן ההשתלמות  קרן מעלות (מ"ה 819)  כלל גמל קהילה (מ"ה 746)

קופת הגמל

כלל פיננסים גמל כללי (מ"ה 1128)  כלל גמל דגש איתן (מ"ה 117)  כלל מושלם תגמולים (מ"ה 689)  כלל גמל דגש חזק (מ"ה 460)  כלל גמל תגמולים (מ"ה 444)  כלל גמל ענבר (מ"ה 377)  (מ"ה \_\_\_\_\_)  קרן השתלמות מנהלים (מ"ה 456)  (מ"ה \_\_\_\_\_)  כלל מעלות (מ"ה 819)  כלל מושלם השתלמות (מ"ה 721)  (מ"ה \_\_\_\_\_)  קרן ההשתלמות  כלל גמל קהילה (מ"ה 746)

**א. פרטי העמית חובה לצרף תצלום של תעודת זהות/דרכון (לתושב חוץ) ופרטי המעסיק (למילוי על-ידי המעסיק במקרה של קופה במעמד שכיר בלבד)**

מספר זהות/דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תושב <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> חוץ
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד		
מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	e-mail			

הפקדות בקופת גמל/לקרן השתלמות (עמית במעמד עצמאי בלבד):  
סכום הפקדה ש"ח. תאריך התחלת הגבייה \_\_\_\_\_ אופן התשלום:  בהוראת קבע  בהמחאה

שם המעסיק: מספר זהות/ח"פ/ח"צ של המעסיק \_\_\_\_\_ מספר הטלפון של המעסיק \_\_\_\_\_

כתובת המעסיק: רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @

**ב. התחייבות המעסיק**

על-פי בקשתו של העמית להצטרף לקרן/לקופה, אנו מתחייבים להעביר מדי חודש בחודשו תשלומים לקרן/לקופה, כמפורט לעיל ולהלן:  
**קופת גמל** (סמן  במקום המתאים):

על-חשבון תגמולים \_\_\_\_\_ (לא יותר מ-7.5% משכר העובד) % תשלום העובד  
- על-ידי המעסיק, ולא יותר מ-7.0% (על-ידי העובד). % תשלום המעסיק

על-חשבון פיצויים \_\_\_\_\_ (לא יותר מ-8.33% משכר העובד - על-ידי המעסיק).  
את התשלומים בא לגבות: % תשלום המעסיק

בהוראת קבע קיימת  בהוראת קבע חדשה (מצ"ב)  בהמחאה

**תשלומים שוטפים:** ניכוי חודשי ממשכורת העובד בשיעור \_\_\_\_\_% (לא יותר מ-2.5%) בצירוף השתלפותו בשיעור \_\_\_\_\_% (לא יותר מ-7.5%) החל ממשכורת חודש \_\_\_\_\_ שנת \_\_\_\_\_.

**ותק רטרואקטיבי** ייקבע רק בגין כספים שהופקדו באותה שנת מס ובשום מקרה הוותק לא יוכל להיוקף על שנה/ים קודמת/ות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת המעסיק \_\_\_\_\_

**ג. מינוי מוטבים**

בהיותי עמית בקרן/קופה בחברתכם, אני מבקש להודיעכם כי מיניתי את הרשומים להלן, מוטבים לענין הזכויות הנובעות מחברתי בקרן/קופה, ועל-כן יהיו זכאים לקבל את כל הכספים אשר יצטברו לזכות

השם המלא	מספר הזהות	הקרבה	המין ז / נ	חלקיות ב-%	הכתובת	תאריך לידה
1						
2						
3						

כאשר קיים ביטוח חיים בקבוצתי - אני מאשר שהמוטבים הזכאים לתגמולי הביטוח הם המוטבים הרשומים לעיל.

**ד. הצהרת העמית**

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, ואני מצהיר כי ידוע לי שהחברות תזכה אותי בכל הזכויות והיתרונות המוקנים לעמיתים על-ידי תקנות ההתאגדות של חברתכם, כפי שיהיו בתוקף מפעם לפעם, וכי אהיה כסוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקרן אשר תגוהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדיון. ידוע לי כי את הוראות התקנות של הקרן/לקופה אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת, באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פניה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום לעיל.

הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הוסמך לכך. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתך ואני מודע לכך, שהפרטים שמסרת לי לחברה ו/או לי מידע שניתן לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("הקבוצה") וכן למאגרי מידע נוספים המדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותי על-פי דין, אני מאשר כי הנחתי את שמי במאגר המידע שמשו לצורך יצירת קשר עמי על-ידי החברה או על-ידי חברה אחרת בקבוצה, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי החברה. ידוע לי ומוסכם עלי כי הודעת שנות, למעט דיווח שנתי לעמית, יימסרו לי באמצעות טלפון ו/או הודעת פקס ו/או משלוח בדואר ו/או הודעת SMS ו/או משלוח בדואר אלקטרוני. **אני מאשר שאני פועל בעבור עצמי ומתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.** אני מאשר לחברה להעביר מידע על מצב חשבוני בקופה באמצעות האינטרנט ואמצעים נוספים, ידוע לי כי אוכל לצפות בנתונים אלו באמצעות שימוש בקוד סודי, וכן אני מתיר להעביר את המידע הדרוש למספך הפועל בשמי כאמור להלן. הקוד הסודי יישלח אלי בדואר רשום, וידוע לי כי אין ולא יכולה להיות לחברתכם שליטה על מקבל הקוד הסודי ו/או העושה בו שימוש.

**מינוי סוכן**  **יועץ פנסיוני**  **משווק פנסיוני** (להלן "מספך פנסיוני"): כל עוד לא הודעת לי לכם בכתב אחרת, מתמנה זאת על-ידי ומתבקש לפעול מטעמי בכל הקשור להצטרפות לקופת הגמל והקשר עם החברה המנהלת. מסמכים, בקשות, הודעות והוראות שיועברו על-ידי המספך, יהיו אותם כאלו נשלחו על-ידי ומטעמי. עם מינוי המספך כאמור לעיל, בסל כל מינוי של מספך אחר מטעמי.

אני מעוניין לפנות מפעם לפעם אל הקרן/לקופה באמצעות הספקי מילה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקרן/לקופה תהיה פטורה מכל אחריות לתק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישור או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי פעולה כלשהי של הקרן/לקופה בהתאם לבקשה זו, ובמיוחד מבלי לגרוע מכלליית האמור, במקרה ויתברר כי

חתימת העמית \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

החברה המנהלת מצהירה כי אם העמית יחליט להצטרף לקופה לא ניתנה ולא ניתנה כל הטבה למעבידו של העמית או לארגון מעבידיו או לגוף אחר שמוחזק בידי מי מהם (במישרין או בעקיפין, יהיה שיעור האחזקות אשר יהיה) עקב הצטרפותו לקופה. לענין זה "הטבה" משמעה כל הטבה (לרבות החזר הוצאות) הניתנת במישור או בעקיפין, בכסף או בשווה כסף, בין אם ניתנה עובר להחלטה להצטרף לקופה ובין במועד אחר, בין אם ניתנה בידי החברה המנהלת ובין אם ניתנה בידי אדם או גוף אחר.

**אישור חתימת העמית (על-ידי הסוכן/נציג הקופה)**  
העמית זוהה על-ידי ופרטיו אומתו ותצלום תעודת זהות/הדרכון (לתושב חוץ) שלו נאמן למקור, מצורף לטופס זה.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
גורם מאשר \_\_\_\_\_ גורם מאשר \_\_\_\_\_

**אישור נציג הקופה/הקרן**  
אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
תפקיד \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הקופה/הקרן \_\_\_\_\_

# הוראה לחיוב חשבון הבנק

**"הקופה/הקרן" הנבחרת - חובה לסמן אחת בלבד!**

<input type="checkbox"/> 26685 ענבר, קופת תגמולים ליד כלל ישראל בע"מ	<input type="checkbox"/> 39573 כלל גמל, קופה מרכזית לפיצויים בע"מ
<input type="checkbox"/> 37905 קהילה, קרן השתלמות	<input type="checkbox"/> 39571 אלמוג, קופה מרכזית לפיצויים ליד כלל ישראל בע"מ
<input type="checkbox"/> 27289 קרן השתלמות למנהלים ליד כלל חברה לביטוח בע"מ	<input type="checkbox"/> 7909 כלל גמל, קופה תגמולים בע"מ
<input type="checkbox"/> 46443 כלל השתלמות מסולית	<input type="checkbox"/> 25351 כלל דגש איתן ליד כלל גמל בע"מ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24884 כלל דגש חזק ליד כלל גמל בע"מ

סכום החיוב החודשי	יום החיוב בחודש	לחיוב החל משנה/מחודש	חיוב	סכום קבוע	צמוד דולר	צמוד תקרת עצמאי
	2 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				צמוד מדד	צמוד תקרת שכיר/ב"ש	

מספר חשבון בנק	סניף
קוד מסלוקה סניף	בנק
סוג חשבון	קוד מוסד
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	כתובת הסניף

שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק	מספר הזהות/נ.פ.
הרחוב	המספר
	היישוב
	המיקוד

- אני/ו החתומים/ים מטה - שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק
- נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם באמצעי מגנטי על-ידי \_\_\_\_\_, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול על ידי הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול \_\_\_\_\_, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על-כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב 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 תשלח 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 לביצועו.
  - הבנק רשאי להוציא/ינינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/נו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
  - נא לאשר ל \_\_\_\_\_, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

תאריך _____	חתימות בעל/י החשבון	<b>פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי _____, על-פי הסכם הרשאה עם הלקוח.</b>
תאריך _____	חתימות בעל/י החשבון	

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

## אישור הבנק

לכבוד  
שם הקופה / הקרן  
**כלל גמל בע"מ**  
רחוב נירים 2  
תל-אביב 67060

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

## בכבוד רב,

מקור טופס זה על שני חלקיו ישלח לסניף הבנק, העתק 1 - לקופה/לקרן; העתק 2 - לעמית.

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף

מק"ט 15951 / 64020223 / 6.2009 ר"ה