

# הצעה לביטוח

## חבילת פרופיל הדור החדש אישי - "פרופיל לילד"

תכנית הביטוח שמכסה בשבילו הכול

### לתשומת לב!

בהצעה לביטוח המצורפת 4 עמודי טופס.

כל עמוד ימולא במקור ובהעתק ("נייר כימי").

בעת מילוי כל עמוד טופס (כולל העתקו) 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, יש למלא הצהרה ולצרף מסמכים לעניין "צו איסור הלבנת הון";
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 4;
- צירוף טופס גילוי נאות, חתום על ידי המבוטח.

**כלכל חברה לביטוח בע"מ**

שם הסוכן	מספרו
שם המפקח	מספרו
מספר ההצעה	

**הצעה לביטוח**

**חבילת פרופיל הדור החדש אישי - "פרופיל לילד"**  
(התכנית אינה מוכרת כקופת גמל)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

**א. פרטי בעל הפוליסה - המועמד הראשי לביטוח - (ההורה) לפי הרשום בתעודת הזהות**

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
הכתובת	רחוב	מספר	מיקוד	
מספר הטלפון	דואל			
מקצוע	עיסוק	תחביב		
האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חיך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא	האם נדחתה או נתקלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא	האם אתה מעשן או ששישנת ב-3 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא	כן, כמות ביום _____	
<input type="checkbox"/> אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	כן, פרט - _____	<input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים		

**ב. פרטי המועמד לביטוח - הילד - לפי הרשום בתעודת הזהות**

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
הכתובת	רחוב	מספר	מיקוד	
מספר הטלפון				

**ג. פרטי המוטבים**

בחי בעל הפוליסה המועמד הראשי לביטוח (ההורה)

במות בעל הפוליסה המועמד הראשי לביטוח (ההורה)

1. \_\_\_\_\_ 2. סכום הביטוח ב"ברקת" יועבר לשחרור הפרמיית במקרה מוות של המועמד הראשי לביטוח (ההורה).

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

תאריך התחלת הביטוח: 01/\_\_\_/20\_\_\_

אופן התשלום:  חודשי  אופן הגבייה:  אופן הגבייה  אופן הגבייה  אופן הגבייה

כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף יד)  הוראת קבע (מלא בסעיף טו)

**ה. פרטי הפוליסה**

סוג התכנית	סמן את התכנית הנבחרת לחבילת הבסיס ולחיסכון הנוסף ופרט ←	גיל המבוטח בתום תקופת הפוליסה - 65			חיסכון נוסף (מהפקדה שוטפת בכפולות של 100 ש"ח)
		דמי ניהול מהפקדה שוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	
הון	<input type="checkbox"/> פרופיל הדור החדש "אישי" - איתן	13% יורד	1%	הפקדה שוטפת ש"ח	
	<input type="checkbox"/> פרופיל הדור החדש "אישי" - עוז	8% יורד	1.4%	הפקדה שוטפת מינימלית - 200 ש"ח	
	<input type="checkbox"/> פרופיל הדור החדש "אישי" - אופק	0%	2%		
	<input type="checkbox"/> פרופיל הדור החדש "אישי" - עוגן	7%	1.25%		
קצבה					

**ו. מסלולי השקעה**

מסלול ההשקעה	% השקעה	מסלול ההשקעה	% השקעה
1. מניות		5. כללי (1)	
2. אג"ח ופקדונות		6. כללי (2)	
3. מט"ח		7. כללי (3)	
4. שקלי		8.	
		סה"כ	100 %

הערה: אם לא נבחר מסלול השקעה, יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי (3).

מק"ט 15970 / 65 020185 (עמוד 1 מתוך 4) ר"ה 10.2009 (x2)

הגדלת סכום הביטוח בפוליסה נפרדת מסוג קלאסי בש"ח (בכפולות של 50,000 ש"ח)	סכום ביטוח/פיצוי חודשי	סוג הכיסוי הנבחר
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה – לילד (עד גיל 21)
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> רפואה משולבת – לילד (מגיל שנה עד גיל 21)
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> ברות ביטוח – לילד (עד גיל 21)
	ההפקדה השוטפת בגובה	<input type="checkbox"/> "ברקת" – שחרור למקרה מוות של המועמד הראשי לביטוח (עד גיל 21 של הילד ולא יותר מגיל 70 של המועמד הראשי לביטוח, בחיטון הנוסף לפי תקופת החיטון, הנמוך מביניהם)
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי משתנה כל שנה (לא כולל חיטון מצטבר) – למועמד הראשי לביטוח (עד גיל 65)
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה – למועמד הראשי לביטוח (עד גיל 65)
	50,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה – למועמד הראשי לביטוח (עד גיל 65)
<input type="checkbox"/> שחרור למקרה אבדן כושר עבודה של המועמד הראשי לביטוח (עלות כיסוי משתנה כל שנה) – נא סמן את הבחירה:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>מסוג: <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס</p> </div> <div> <p>תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים</p> </div> <div> <p>הגיל: <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64</p> </div> </div> <p>אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח שייכרס יהיה "הכנסה בטוחה" לגיל 65 - 3 חודשי המתנה</p>		

## ח. הצהרות

## הצהרות המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות. אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה עליידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידינו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינינו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי/לנו על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לחיית קבלת ההצעה.

ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח 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 יכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שלמה במלואה למבטח.

ה. אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק

הפנסיוני כעת ו/או בעתיד, יבטל כל מינוי קודם של יועץ פנסיוני ו/או משווק פנסיוני בקשר עם המוצר/ים המזכרים בהצעה. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסור לחברה יישמרו עליי 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 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 פנסים") ו/או כל מידע בקשר אליי שגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסים ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל ביטוח פנסים ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסים ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ביטוח פנסים 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 חיג' אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

חתימת המועמד  
הראשי לביטוח (ההורה)  
כאפוטרופוס טבעי

חתימת המועמד  
הראשי לביטוח  
(ההורה)

תאריך

## ט. הצהרה והסכמה בעניין ייעוץ השקעות בפוליסות פרופיל הדור החדש

## אני מצהיר ומסכים בזה:

אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם כל יועץ/משווק השקעות מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות ותשואות

ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק בייעוץ רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי לייעץ לגבי ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה,

חתימת  
המבטח הראשי  
(בעל הפוליסה)

תאריך

## י. הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המעביד והמבוטח לבין החברה, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

חתימת המשווק הפנסיוני/  
היועץ/  
הסוכן הפנסיוני

תאריך

# א. הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי :

מבטח ראשי	משקל בק"ג	גובה בס"מ	שם הילד	משקל בק"ג	גובה בס"מ
-----------	-----------	-----------	---------	-----------	-----------

1		שאלון מבוא כללי		ילד	
מבטח ראשי		השאלה / הנושא		לא	
				כן	לא
		1. עישון - האם מעשן היום <input type="checkbox"/> סגירות - 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 <input type="checkbox"/>			
		1.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות			
		1.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל			
		2. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר			
		3. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים			
		4. נותח/ת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט להלן מהו הניתוח ומועדו _____			

2		שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים		ילד	
מבטח ראשי		האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים ב- אם סומן "✓" בטור "כן" יש לפרט בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" בשאלון המתאים לפי האות כלהלן.		לא	
				כן	לא
		ב	מערכת העצבים והמוח		
		ג	נפש ומצב רוח		
		ד	ריאות ודרכי הנשימה		
		ה	עור		
		ו	לחץ-דם, לב וכלי הדם		
		ז	מערכת העיכול		
		ח	כבד ו/או בלבלב ו/או טחול		
		ט	כליה ודרכי השתן		
		י	חילוף החומרים (מטבוליות) ו/או הורמונליות		
		יא	דם ובמערכת החיסון		
		יב	מחלות זיהומיות ו/או מין ו/או חום ממושך		
		יג	מחלות ממאירות ו/או גידולים		
		יד	מערכת השלד והשרירים (כולל גב ועמוד שדרה)		
		טו	עיניים ואוזניים		
		טז	מערכת המין ו/או הרבייה		
		יז	ריאומטיות (מפרקים, עצמות, רקמת חיבור)		
			לרבות אפילפסיה, מפרצת מוחית, אירוע מוחי כלשהו, טרשת נפוצה, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות		
			לרבות תסמונת פוסט טראומטית, דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניטון אבדן, סכיזופרניה		
			לרבות דלקות ריאה חוזרות, אמפיזמה (נפחת), COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה		
			לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזזת		
			לרבות יתר לחץ-דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב, איוושה, מום מולד, פריקרדיטיס, צינתור, טרמבוזה		
			לרבות קרוהן, אולצרטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס		
			לרבות הפטיטיס, הגדלה של הכבד, שחמת (צירוזיס), כבד שומני, דלקת בלבלב (פנקראטיטיס), טחול מוגדל		
			לרבות כליה קטנה או חסרה, אבנים, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, כליה פוליציסטית		
			לרבות סוכרת, שומנים, שידון (גאוס), FMF		
			לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות לבנות ו/או אדומות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון		
			לרבות איידס (גם נשאות), שחפת, חום ממושך		
			לרבות גידול טרום סרטני/סרטן		
			לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ברצועות, מום מולד, קטיעה, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב		
			לרבות עיוורון/כבדות ראייה, היפרדות רשתית, גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, אובאיטיס, קראטוקונוס, חירשות/כבדות שמיעה, ירידה בשמיעה, מנייר, טייטון (טיניטוס)		
			לרבות גוש/ציסטה בשד, דימומים חוזרים בלא קשר למחזור, היריון, גוש באשך, אשך טמיר		
			לרבות אוסטאופורוזיס, אוסטאוארטרוזיס (מחלת מפרקים ניוונית), ריאומטואיד ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאלגיה, דלקת מפרקים שגרונית		
			<b>שאלות מסכמות - אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך השורה</b>		
			1. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל		
			2. אשפוז בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל		
			3. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל		
			4. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל		
			5. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל		

## ב. הצהרת המועמד 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 חברת הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא מזכר 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 ומחלותי כאמור, ולא תהייה 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 שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי וביאיכוחי 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, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן 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

אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות 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 נאי 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 לכיטויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.

חתימת  
ההורה  
כאפוטרופוס טבעי X

חתימת  
ההורה המבטח  
(בעל הפוליסה) X

תאריך

שם המבוטח \_\_\_\_\_ קוד מסמך 171

**ג. 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		
יפדו באופן חלקי או מלא		
יסולקו באופן חלקי או מלא		
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בה, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בה		
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בה		

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

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט

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

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

**2. האם בדין 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: ←

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  חתימת המבוטח השני

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסיכנות \_\_\_\_\_

**ד. פרטי כרטיס האשראי**

סוג הכרטיס	בתוקף עד	מספר כרטיס אשראי
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס		
<input type="checkbox"/> ישראלרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
רחוב	יישוב	מספר
כתובת	מיקוד	

שובר זה נחתם עליידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למניפקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למניפקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

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

**טו. הרשאה לחיוב חשבון**

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

**אישור הבנק**  
לכבוד כלל לביטוח בע"מ דרך מנחם בגין 48 תל-אביב 66180

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ צוות \_\_\_\_\_ לשלוח חובות מספר חשבון/מספר מזהה של הלקוח בחברה \_\_\_\_\_

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ מקור סופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העותק המנוי ימסר למשלם.

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

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

מכתובת \_\_\_\_\_

נותרים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הנ"ל בסכומים בגין הפקדה שוטפת/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשמות על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

- א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מנוי/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. אה/ונה/ה שא/ם לבטל חיוב מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר עליי/נו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אה/ונה/ה שא/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שמבקעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המובט.
5. הבנק יפעל ברתאם לחובות בכתב ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.
6. הבנק רשאי להוציא/ני/ו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סביבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח החמורב לזה, בקבלת הוראות אלו מנוי/מאתנו.

**פרטי ההרשאה**  
סכום החיוב מועדו ייקבעו מעת לעת על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על פי שיעור ההפקדה שוטפת והוצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספתיה/ן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון

מק"ט 15970 / 65020185 (עמוד 4 מתוך 4) ר"ה 10.2.2009 (x2)