

הצעה משולבת: בקשת הצטרפות לקופת גמל / קרן השתלמות ובקשה לרכישת כיסויי ריסק

בקשת הצטרפות לקופת גמל / קרן השתלמות

החשבון נפתח לצורך: העברת כספים בלבד הפקדות בלבד העברה + הפקדות
קופה / קרן מסלולית - יש לרשום את האחוזים המבוקשים בכל מסלול להלן. אם לא יבחר מסלול יועברו הפקדות השוטפות למסלול הכללי.

קרנות השתלמות	<input type="checkbox"/> כלל השתלמות מסלולית	קופת גמל	<input type="checkbox"/> כלל גמל מסלולית
<input type="checkbox"/> 456 כלל השתלמות למנהלים	<input type="checkbox"/> 772 כללי	<input type="checkbox"/> 444 כלל גמל תגמולים	<input type="checkbox"/> 1128 כללי
<input type="checkbox"/> 746 כלל השתלמות קהילה	<input type="checkbox"/> 1351 שקלי טווח קצר	<input type="checkbox"/> 377 כלל גמל ענבר	<input type="checkbox"/> 1127 שקלי טווח קצר
<input type="checkbox"/> 819 כלל השתלמות מעלות	<input type="checkbox"/> 1348 מTD	<input type="checkbox"/> 689 כלל מושלם תגמולים	<input type="checkbox"/> 1124 מTD
<input type="checkbox"/> 721 כלל מושלם השתלמות	<input type="checkbox"/> 1350 מניות	<input type="checkbox"/> 117 כלל גמל דגש איתן	<input type="checkbox"/> 1122 מניות
	<input type="checkbox"/> 1534 הלכתי (ארגמן)	<input type="checkbox"/> 460 כלל גמל דגש חזק	<input type="checkbox"/> 1533 הלכתי (הוד)
	100%		100%

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

מעמד שכיר <input type="checkbox"/> (הפקדות מקבילות של עובד ומעביד)	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
עצמאי <input type="checkbox"/>	רחוב	מספר	יישוב	מיקוד		
בעל שליטה <input type="checkbox"/>	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד		e-mail		
קטין <input type="checkbox"/>	שם המעסיק	מספר זהות/ח"פ/ח"צ של המעסיק	מספר הטלפון של המעסיק			
אחר <input type="checkbox"/>	כתובת המעסיק	רחוב	מספר	יישוב	מיקוד	e-mail

ב. התייבות המעסיק על-פי בקשתו של העמית להצטרף לקופה / לקרן, אנו מתחייבים להעביר מדי חודש בחודשו תשלומים לקופה/לקרן, כמפורט לעיל:

משכורתו של העובד ש"ח _____

קופת גמל (סמן ✓ במקום המתאים)

על חשבון תגמולים _____ % תשלום עובד
 (לא יותר מ-7.5% משכר העובד על-ידי המעסיק, ולא יותר מ-7% על-ידי העובד)

על חשבון פיזיונים _____ (לא יותר מ-8.33% משכר העובד על-ידי המעסיק).

את התשלומים נא לגבות: בהוראת קבע קיימת בהוראת קבע חדשה (מצ"ב) בהמחאה | תאריך _____

תשלומים שוטפים: יניחו חודשי ממשכורת העובד כשיעור _____% (לא יותר מ-7.5%)
 החל ממשכורת חודש _____ שנת _____
ותק רטרואקטיבי ייקבע רק בגין כספים שהופקדו באותה שנת מס ובשום מקרה הוותק לא יוכל להיזקק על שנה/ים קודמת/ות.

חתימת העמית וחתימת המעסיק **XX**

ג. מינוי מוטבים

בהיותי עמית בקופה/בקרן בחברתכם, אני מבקש להודיעכם כי מיניתי את הרשומים להלן, מוטבים לעניין הזכויות הנובעות מחברותי בקופה/בקרן, ועל-כן יהיו זכאים לקבל את כל הכספים אשר יצטברו לזכות חשבוני בקופה/בקרן לאחר מותי אם יילך מי

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

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

ד. הצהרת העמית

אני מצהיר בזה להצטרף כעמית בחברתכם, ואני מצהיר כי ידוע לי שהחברות תזכה אותי בכל הזכויות והיתרונות המוקנים לתמיכה על-ידי תקנות התאגדות של חברתכם, כפי שיהיו בתוקף מפעם לפעם, וכי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקופה/הקרן אשר תנוהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי את הוראות התקנון של הקופה/הקרן אפשר לקבל בלא תשלום ממשרדי החברה המנהלת, באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/טלפון על-פי המען הרשום לעיל.

מינויים סוכנים ויועץ פנסיוני מושלם פנסיוני (להלן "מפיץ פנסיוני"):
 כל עוד לא הודעתי לכם בכתב אחרת, מתמנה בזאת על-ידי ומתבקש לפעול מטעמי בכל הקשור להצטרפות לקופה/לקרן והקשר עם החברה המנהלת. מסמכים, בקשות, הודעות והוראות שיועברו על-ידי המפיץ, יראו אותם כאילו נעלו על-ידי ומטעמי. עם מינוי המפיץ כאמור לעיל, בטל כל מינוי של מפיץ אחר מטעמי.

אני מצהיר לפנות מפעם לפעם אל הקופה/הקרן באמצעות הפקסימיליה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות מחשבוני ולרבות הוראה למתן חיוב חשבוני (בנקב) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקופה/הקרן תהיה פטורה מכל אחריות למוקד, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישורן 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 על-ידי מי שלא הוסמך לכך. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מודע לכך, שהפרטים שמסרתי לחברה ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגרי מידע ממוחשב בו נוגהת החברה לרזיז תגומים בדבר לקוחותיה, וכי פרטים אלה עשויים

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

הצהרה לעמית עצמאי בקרן השתלמות - טעין זה נועד רק למבקשים להצטרף לקרן השתלמות המעמד עצמאי
 אני מצהיר כי הפקדתי כעמית עצמאי לקרן השתלמות התיינה רק כנגד "הכנסה קובעת" וכיום בו אהדל מלהיות עצמאי אודיע לקרן על כך ואחדל מההפקדות כאמור.

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

אישור בציג הקופה/הקרן
 אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה/הקרן
 תאריך _____ שם _____ תפקיד _____

חתימת העמית וחתימת הקופה/הקרן **XX**

לכבוד בנק/גוף מנהל _____
שם הקופה המעבירה _____ (להלן "הקופה/הקרן המעבירה")
מספר הקופה/הקרן המעבירה (מספר אישור מ"ה) למילוי בידי הקופה/הקרן המעבירה _____

בקשת העברה לקופת גמל/קרן השתלמות שאינה קופת ביטוח ואינה קופת גמל משלמת לקצבה א. פרטי העמית וחשבונו בקופת/בקרן המעבירה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר חשבון/עמית בקופה/בקרן המעבירה
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל		<input type="checkbox"/> מעמד העמית בקופה/בקרן <input type="checkbox"/> פעילות העמית בקופה/בקרן	

ב. בקשת הקופה/הקרן המקבלת

להלן בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהיה המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע במפורש אחרת.

ג. בקשת העמית

1. אני מבקש להעביר מחשבוני בקופה/בקרן המעבירה, לפי התקנות, לזכות חשבוני מספר _____ בקופה/בקרן המסומנת (להלן "הקופה/הקרן המקבלת"):
 את מלוא הכספים שנצברו לזכותי, או מתוך הכספים שנצברו לזכותי: סך _____ ש"ח / שיעור % _____
 ידוע לי כי העברה חלקית תבוצע על כספים אשר הופקדו אחרונים וזאת כל עוד לא ניתנה הוראה אחרת על-ידי.
 אני מורה לכם בזאת להעביר את יתרת חשבוני הנייל אצלכם, הכוללת רווחים עד ליום ההעברה, כולל זכויותי שנצברו לזכות חשבוני בקופה/בקרן הנייל לקופה/קרן המסומנת להלן:

לזכות חשבוני בקרן/קופה בבנק הפועלים (12) סיני 509 <input type="checkbox"/> 819 כלל השתלמות מעלות חשבון מספר 402224 <input type="checkbox"/> 1128 כלל גמל מסלולית חשבון מספר 402240	לזכות חשבוני בקרן/קופה בבנק הפועלים (12) סיני 600 <input type="checkbox"/> 456 כלל השתלמות למנהלים חשבון מספר 664686 <input type="checkbox"/> 746 כלל השתלמות קהילה חשבון מספר 667334 <input type="checkbox"/> 772 כלל השתלמות מסלולית חשבון מספר 667954 <input type="checkbox"/> 444 כלל גמל תגמולים חשבון מספר 659100 <input type="checkbox"/> 377 כלל גמל ענבר חשבון מספר 661350 <input type="checkbox"/> 117 כלל גמל דגש איתן חשבון מספר 655581 <input type="checkbox"/> 460 כלל גמל דגש חזק חשבון מספר 654135
לזכות חשבוני בקרן/קופה בבנק לאומי (10) סיני 800 <input type="checkbox"/> 721 כלל מושלם השתלמות חשבון מספר 21494100 <input type="checkbox"/> 689 כלל מושלם תגמולים חשבון מספר 21493889	
המעמד בקופה/בקרן <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	

2. אני גותן בזה את הסכמתי לך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי והנדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחשבון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, לכלל פנסיה וגמל בע"מ.
 3. ידוע לי שהחל במועד הקובע תהיו פטורים משלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל ביטוחית, הנובע מן הכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
 4. אני מצהיר כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים האלה:
 4.1 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 4.2 לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 4.3 לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.
 ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה, אחד מן התנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה המקבלת.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול בתוך 18 ימי עסקים מן המועד שנמסרה הודעה לגביה לקופה המעבירה, ביטול ייעשה באמצעות חתימה על טופס הודעת הביטול המצורף והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה עוברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בפקס או בדוא"ל.

הצהרת העמית:

- אתם תפעלו בעניין זה במועדים ובתנאים לפי הנהוג והמקובל אצלכם ובכפוף להוראות ההסדר התחוקתי החלות עליכם.
- לא תמסר לי הודעה על ביצוע הפעולות, ורשום כל פעולה כאמור בחשבוני שצוין לעיל יהווה מבחינתי אישור מספיק מצידכם על הביצוע.
- בכל מקרה שתהיה לי הערה או השתייגות כלשהי, אודיע לכם על-כך בכתב ב"זמן אמת", מיד כשאדע על כך כדי שניתן יהיה לספק בעניין סמוך ככל האפשר למועד רישום הפעולה בחשבוני.

בחשבון קטין / חוסה, יש להחתים את שני ההורים או את האפוטרופוס:

שם האב או האפוטרופוס	מספר זהות	שם האם	מספר זהות
----------------------	-----------	--------	-----------

אם אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס מקורי או גאמן למקור

חתימת האב או האפוטרופוס _____ חתימת האם _____
 שם מאשר חתימת העמית _____ תאריך _____ חתימת העמית _____

ה. הצהרת העובד המטפל (לשימוש פנימי בלבד)

בהמשך לבקשתו של העמית הרשום לעיל, להעביר את יתרתו הצבורה בקופת הגמל המעבירה לקופת הגמל המקבלת, אני מצהיר בזה שהמועד הקובע המפורט להלן, בקשר לעמית העובר, כהגדרתו בתקנות, הוא נכון, ולראיה באתי על החתום,
 תאריך _____ שם הגורם המטפל _____ מספר טלפון ישיר _____
 חתימה וחותמת הקופה/הקרן _____ המועד הקובע _____

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל כיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____ - _____

לתשומת לבך!
ניתן לעיין בתנאי הפוליסה המלאים
בכתובת אתר האינטרנט
www.clal.co.il

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לכני שני המינים.

הצעה לרכישת כיסוי ריסק במקרה מוות, נכות ומוות מתאונה, מחלות קשות ושחרור למקרה אובדן כושר עבודה

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה - לפי הרשום בתעודת הזהות

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך הלידה*
המין	המצב המשפחתי	ילדים	האם אתה מעשן או שעישנת ב- 3 השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	_____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס
המקצוע / העיסוק	תחביב מסוכן לדוגמה: צלילה, טיסה, דאייה וכד'	בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם נדחתה או נתקלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רכואי
האם יש סיכון מיוחד במקצועך או באורח חיךך?	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אויר או האם בדעתך ללמוד טיס	בששת החודשים הקרובים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם אתה שווה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט היכן _____

ב. פרטי המוטבים

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס / קרבה	חלק ב-%
במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על-פי הרשום לעיל) <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> יורשים חוקיים <input type="checkbox"/> רשום ח"פ _____					

ה. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים

1. האם בידיך פוליסות ביטוח חיים בתוקף? לא, עבור לשאלה 2 כן, נא פרט
 כחלק מרכישתך פוליסה חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף, יבטלו, ייפדו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, ישנו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הנימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן, ישנו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן. לא כן

2. האם בידיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?
 לא, חתום כנדרש בסוף השאלון כן, נא פרט
 כחלק מרכישתך פוליסה חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו, בתנאי הפוליסה, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי, בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.
 לא כן

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

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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

תאריך: _____ חתימת הסוכן חתימת הסוכנות

ג. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום

תאריך התחלת הביטוח: 01/____/20____

אופן התשלום	אופן הגבייה
<input checked="" type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מלא פרטים בעמוד 5)
<input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא בעמוד 5)	

ד. הכיסוי הביטוחי

סוג הכיסוי	לגיל	סכום הביטוח בש"ח
ספיר בהפקדה שוטפת משתנה מדי _____ שנים	70	
נכות מתאונה	65	
מוות מתאונה	65	
אחריות לחיים	70	
הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלום - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה בכרטיס משתנה, 3 חודשי המתנה. ייקבע על פי עיסוק ותחביבו של המועמד לביטוח.	67	

ו. הצהרות - הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

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

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

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התמאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.

ג. כל הפרטים שמשרתתי ו/או אמסור לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

ז. הצהרת הסוכן

אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בכפוף.

תאריך: _____ חתימת הסוכן

ח. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מבוטח ראשי			<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				
מבוטח ראשי						

1		שאלון מבוא כללי						ילדים עד גיל 18 - שמות			
מבוטח ראשי		השאלה / הנושא									
כן	לא	1		2		3					
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
		1. עישון - האם את 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"/> נרגילה <input type="checkbox"/>									
		1.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות									
		1.2 הפסקת עישון לפני יותר מ- 3 שנים ואי-חזרה לעישון כלל									
		2. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר									
		3. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים									
		4. נותחת ו/או אתה צמוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו									

2		שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים						ילדים עד גיל 18 - שמות			
מבוטח ראשי		האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים ב-									
אם סומן <input checked="" type="checkbox"/> בטור "כן", יש לפרט בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" בשאלון המתאים לפי האות כלהלן.		אות השאלון		1		2		3			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
		מערכת העצבים והמוח	<input type="checkbox"/>	לרבות אפילפסיה, מפרצת מוחית, אירוע מוח כלשהו, טרשת נפוצה, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות							
		נפש ומצב הרוח	<input type="checkbox"/>	לרבות תסמונת פוסט טראומטית, דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אובדני, סכיזופרניה							
		ריאות ודרכי הנשימה	<input type="checkbox"/>	לרבות דלקות ריאות חוזרות, אמפיזמה (נפחת), COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה							
		עור	<input type="checkbox"/>	לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזת							
		לחץ דם, לב וכלי הדם	<input type="checkbox"/>	לרבות יתר לחץ-דם, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב, איוושה, מום מולד, פריקדיטיס, צינתור, טרומבוז							
		מערכת העיכול	<input type="checkbox"/>	לרבות קרוהן, אולצריטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס							
		כבד ו/או לבלב ו/או טחול	<input type="checkbox"/>	לרבות הפטיטיס, הגדלה של הכבד, שחמת (צירוזיס), כבד שומני, דלקת לבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל							
		כליה ודרכי השתן	<input type="checkbox"/>	לרבות כליה קטנה או חסרה, אבנים, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, כליה פוליציסטית							
		חילוף חומרים (מטבוליות) ו/או הורמונליות	<input type="checkbox"/>	לרבות סוכרת, שומנים, שיגדון (גאוס), FMF							
		בדם ובמערכת החיסון	<input type="checkbox"/>	לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות לבנות ו/או אדומות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון							
		מחלות זיהומיות ו/או מין ו/או חום ממושך	<input type="checkbox"/>	לרבות איידס (לרבות נשאות), שחפת, חום ממושך							
		מחלות ממארות ו/או גידולים	<input type="checkbox"/>	לרבות גידול טרום סרטני / סרטן							
		מערכת השלד והשרירים (כולל נכ ועמוד שדרה)	<input type="checkbox"/>	לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ברצועות, מום מולד, קטיעה, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב							
		עיניים ואוזניים	<input type="checkbox"/>	לרבות עיוורון/כבדות ראייה, היפרדות רשתית, גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, אובאיטיס, קראטוקונוס, חירשות/כבדות שמיעה, ירידה בשמיעה, מנייר, טינטון (טיניטוס)							
		מערכת המין ו/או הרבייה	<input type="checkbox"/>	לרבות גוש / ציסטה בשד הריון, גוש באשך, אשך טמיר, דימומים חוזרים בלא קשר למחזור							
		ריאומטיות (מפרקים, עצמות, רקמת חיבור)	<input type="checkbox"/>	לרבות אוסטיוארטרוזיס אוסטוארטרוזיס (מחלת מפרקים ניוונית), ריאומטואיד ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאליגיה, דלקת מפרקים שגרונית.							
שאלות מסכמות - אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך השורה											
		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 בכנות 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									

א. אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נתני השירותים הנ"ל.
ב. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם מוטו, אם פורטו בהצעה.

2. הצהרת המועמד לביטוח

א. 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.
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 לביטוחים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להימנע.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך

1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

א. אני נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדי 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 חברת הביטוח ו/או כל חברה בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל 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 ומחלתי כאמור, ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי 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 ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
ה. בקשתו זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי

3. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את תנאי רכישת הביטוחים המבוקשים:

עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%.

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

תאריך

ט. פרטי כרטיס האשראי

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

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 שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

חתימת בעל כרטיס האשראי

אישור הבנק

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

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

קיבלנו הוראות מ- _____
מספר זהות _____

לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונות/בנק 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 בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא ימנע בהתייבויותיכם לפני כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בנק _____
סניף _____
חתימת וחותמת הסניף _____

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

1. הרשאה לחיוב חשבון הבנק

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

שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____
מספר זהות _____

מכתובת _____
נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הני"ל בסניפכם בנין פרמיה/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"כרטיס ההרשאה".

2. ידוע/ולנו כי:

- א. 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.
- ב. אהיה/נהיה רשאים/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 רשאים/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ד. ידוע ליל/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוסב.
- ה. ידוע ליל/נו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ליל/נו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.
- ו. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- ז. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ליל/נו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- ח. לא אשר 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 במוליסה/ות ותוספותיהן.

חתימת בעלי החשבון _____
תאריך _____