

הצעה לביטוח

"פרופיל הקו החדש - אישי"

"פרופיל הקו החדש - לעצמאי"

"קלאסי"

ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה

"עתודות החדשה"/"מיטבית"

ו/או ל"כלל גמל"

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "עתודות החדשה"/"מיטבית" 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 ו-2 העתקים ("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 בפרמיה גבוהה, יש למלא הצהרה ולצרף מסמכים לעניין "צו איסור הלבנת הון";
 - מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 8;
 - צירוף טופס גילוי נאות, חתום על ידי המבוטח.

שם הסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

הצעה לביטוח
"פרופיל הקו החדש - אישי"
"פרופיל הקו החדש - לעצמאי"
"קלאסי"
ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה "עתודות החדשה"/"מיטבית"
ו/או ל"כלל גמל"

א. פרטי בעל הפוליסה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות/ח"פ (אם חברה בע"מ)	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה
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		פרטים		המבוטח השני	
שם המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מספר הזהות	המשפחה	הפרטי
ס"ב	19	מספר הזהות	תאריך הלידה	ס"ב	19
<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"/> ילדים	המין	המצב המשפחתי	<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"/> ילדים
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הפסקתי לפני _____ שנים	האם אתה מעשן או שעישנת ב-3 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הפסקתי לפני _____ שנים
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	e-mail	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חיך?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	האם בדעתך ללמוד טייס בששת החודשים הקרובים?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	המוטבים במנות תקופת הביטוח הוא המבוטח, אחרת מלא פרטים להלן:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט - _____	המוטבים במנות תקופת הביטוח הוא המבוטח, אחרת מלא פרטים להלן:
	שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה
	מספר זהות		תאריך לידה		מספר זהות
%	%	%	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"/> במקרה מוות קודם של מי שנרשם לעיל פרט - _____ <input type="checkbox"/> חברה _____ רשום ח"פ - _____					

מק"ט 64020223 ר"ה 3.2.006

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

שם המבוטח

שם הילד	הצטרפות*		מספר זהות	תאריך לידה	מין
	לקרן הפנסיה	לביטוח בריאות			
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"/>

ד. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

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

ה. סוג הפוליסה


"קלאסי" - כביטוח יסודי		שיעור דמי הניהול, התכנית והמסלול		"פרופיל הקו החדש"	
ביטוח למקרה מוות ספיר - פרמיה משתנה מדי שנים, לגיל 70 סכום ביטוח ש"ח _____ ברקת - פרמיה קבועה ל- שנים, סכום ביטוח ש"ח _____		שיעור דמי הניהול ההתחלתי מהפרמיה <input type="checkbox"/> 13% (לא יותר מ-13% ולא פחות מ-8%)		מסלול ההשקעה 1. מניות 2. אג"ח ופקדונות 3. מט"ח 4. שקלי 5. כללי (1) - עד 15% במניות 6. כללי (2) - מ-15% עד 50% במניות 7. כללי 3 - משתתף ברווחים יומי 8. מבטיח תשואה*, רבית % _____ 9. חו"ל - מניות 10. חו"ל - אג"ח 11.	
ביטוח אבדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס לגיל 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח יירכש לגיל 67 <input checked="" type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input checked="" type="checkbox"/> פיצוי תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה סכום הפיצוי החודשי ש"ח _____ השתכרות בחודש האחרון ש"ח _____		פרמיה בש"ח פרמיה חודשית פרמיה חד-פעמית <input type="checkbox"/> אישי - קצבה <input type="checkbox"/> אישי - הון <input type="checkbox"/> עצמאי - קצבה <input type="checkbox"/> עצמאי - הון*		עלות הכיסוי הביטוחי מתחלקת בין תכניות הביטוח שנרכשו, באופן יחסי לא מוכר כקופת ביטוח מוכר כקופת ביטוח לעצמאיים *אם מלא הצורה בעמוד 8	
האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים - ש"ח _____		קרן פנסיה <input type="checkbox"/> "עבודות החדשה" <input type="checkbox"/> מיטבית סכום הפרמיה ש"ח _____ אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 9 וחתימות בהתאם		גמל והשתלמות * דא שקיבלת ליידך איגרת המפרטת את תנאי המסלול.	

ו. כיסויים ביטוחיים מתוך "פרופיל הקו החדש - לעצמאי"

המקור	תקופת הביטוח		סכום הביטוח/פיצוי החודשי בש"ח	סוג הכיסוי	* כיסויים ביטוחיים מוות
	התקופה בשנים	עד גיל			
<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאי		70		<input type="checkbox"/> ביטוח חיים צמוד פרמיה משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל הצבירה <input type="checkbox"/> לא כולל הצבירה	<input type="checkbox"/> ברקת פרמיה משתנה כל שנה
<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאי				<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס פרמיה משתנה כל שנה חובה לפרט! <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה חובה לפרט!	
<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאי		60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>	אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח יירכש לגיל 67	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 - _____	

* סכום הכיסוי הביטוחי כפוף למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל. אם יעלו הכיסויים על המגבלה הם יוקטנו באופן יחסי.

ז. כיסויים ביטוחיים מתוך "פרופיל הקו 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		סוג הפוליסה	סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל
"פרופיל הקו החדש - אישי"			70	ביטוח חיים צמוד* (פרמיה משתנה כל שנה) <input type="checkbox"/> כולל הצבירה <input type="checkbox"/> לא כולל הצבירה (רק לראשי)	"פרופיל הקו החדש - אישי"			70
				ברקת*				
			65	מוות מתאונה				65
			65	נכות מלאה או חלקית מתאונה				65
				נכות מלאה או חלקית מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצעה				21
			65	נכות מקצועית				65
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה "לקלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> פרנציזה <input type="checkbox"/> מורחב				ביטוח אבדן כושר עבודה* למלא אם מבוקש פיצוי לאבדן כושר עבודה 	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה "לקלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> פרנציזה <input type="checkbox"/> מורחב			
ש"ח _____				סכום הפיצוי החודשי	ש"ח _____			
ש"ח _____				השתכרות בחודש האחרון	ש"ח _____			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח				האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח			
ש"ח _____				משלים אבדן כושר עבודה (לצוארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד לא יותר מ-5,000 ש"ח	ש"ח _____			
			70	אחריות לחיים				70

ח. ביטוחים משלימים לקרן הפנסיה

<input type="checkbox"/> משלים לפנסיה לבן/בת הזוג אפשרי כפוליסה נפרדת בלבד. אפשר לבטח רק אם קיים בן/בת זוג בזמן עריכת הביטוח ש"ח _____ מוטב ראשון - בן/בת הזוג, ובהעדר בן/בת זוג - למוטב השני מוטב שני - ילדי המבוטח, ובהעדר ילדים - למוטב השלישי מוטב שלישי - הורי המבוטח, ובהעדר הורים - למוטב הרביעי מוטב רביעי - _____ (לביטוח זה בלבד)	<input type="checkbox"/> משלים לפנסיה נכות אפשר להוסיף רק אם יש פיצוי ו/או שחרור באבדן כושר עבודה; אפשר להוסיף ב"קלאסי" ובסדרת "הכנסה בטוחה" כביטוח יסודי בלבד ש"ח _____ המבוטח הראשי עמית בקרן הפנסיה _____ השכר הוא _____ ש"ח
---	--

הצהרת 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.

א. 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. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח עליידי/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח בינינו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. כמוכך קבלת סכום כלשהו עליידי המבטח, בקשר עם הצעה זו, לא תיחשב לאישור ההצעה עליידי או כהסכמתו לכריתת חוזה הביטוח.

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

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

ה. אני/ו מצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים 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.

ויתור על סודיות

אני/ו מצהיר/ים בזה כי הובא לידיעתי/נו ואני/ו מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי/נו ו/או כל מידע שגיע לידיעת המבטח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהג המבטח לרכז נתונים בדבר מבטחיו, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדיון.

אני/ו מסכים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי/נו, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ.

ולראיה באתי/נו על החתום:

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
בעל הפוליסה (X)

תאריך

הצהרה והסכמה בעניין ייעוץ השקעות (בפוליסות פרופיל הקו החדש)

אני מצהיר ומסכים בזה:

ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה, אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם יועץ השקעות מורשה מטעם "כלל", חברה לביטוח בע"מ, או כל יועץ השקעות אחר מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות ותשואות.

ידוע לי כי עלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו ראשי לייעץ לגבי

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
בעל הפוליסה (X)

תאריך

הצהרה בדבר התאמת התכנית

נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת, וכי ראוי לשוב ולברר בעתיד את כדאיות המוצר שרכשתי."

"אני מצהיר בזאת כי המוצר הפנסיוני שנבחר עליידי נבחר לאחר שהוסברה לי בכתב כדאיות ההתקשרות עליידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. ידוע לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים המשווקים עליידי החברה מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
בעל הפוליסה (X)

תאריך

אישור תנאי קבלה מיוחדים

עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה

במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

נוסח ההחרגה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף פרטי הביטוח".

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
בעל הפוליסה (X)

תאריך

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל יחייבו את המבטח רק משאשרו בכתב עליידי או עליידי חתם מוסמך מטעמי.

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

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
בעל הפוליסה (X)

תאריך

הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ*

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ, 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.

*לגבי מוצרי גמל ופנסיה בלבד.

חתימת
המשווק הפנסיוני/היועץ

תאריך

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			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
2			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
3			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
4			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד ראשון	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	מועמד שני	שם הרופא המטפל
מועמד שני	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	מועמד ראשון	שם הרופא המטפל
קופת-חולים	קופת-חולים	קופת-חולים	קופת-חולים	קופת-חולים	קופת-חולים	קופת-חולים

שאלות מבוא כללי										1			
שמות ילדים עד גיל 18 - שמות										מועמד ראשון		מועמד שני	
השאלה / הנושא										כן		לא	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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 (סיגריות ו/או סיגרים ו/או מקטרת) - אם כן, פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 סיגריות ו/או 1 סיגר ו/או מיליו מקטרת 1 <input type="checkbox"/> עד 40 סיגריות ו/או 2 סיגרים ו/או מיליו 2 מקטרות <input type="checkbox"/> עד 60 סיגריות ו/או 3 סיגרים ו/או מיליו 3 מקטרות <input type="checkbox"/> יותר מ-60 סיגריות ו/או יותר מ-3 סיגרים ו/או מיליו יותר מ-3 מקטרות													
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													

שאלות על מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים										2			
שמות ילדים עד גיל 18 - שמות										מועמד ראשון		מועמד שני	
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? א את השאלון										כן		לא	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	כן	לא	כן	לא
א													
ב													
ג													
ד													
ה													
ו													
ז													
ח													
ט													
י													
יא													
יב													
יג													
יד													
טו													
טז													
יז													
1. במערכת העצבים והמוח - לרבות חבלת ראש, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, 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, פניאומטורקס, אלרגיה													
4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב													
5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ-דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב, פגם במסתמי הלב, איוושה בלב, טרומבוזת, תסחיף, דליות (ורידים מורחבים)													
6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)													
7. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיסיס, כבד שומני													
8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כלליה אחת, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).													
9. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית: לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון (GOUT), FMF													
10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם) ספירת דם, קרישת דם, 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													
14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 7-, קרטוקונוס, ליקוי שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מחיצת אף, סינוסיטיס, פוליפים, אדינואידים (שקדים), דום נשימה בשינה													
15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, גינקומסטיה, בעיות פרויון (גם לגברים), הפלות חוזרות, זיהום, היריון, אשך טמיר, הידרוצלה, וריקוצלה													
16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת)													

3 שאלות נוספות בעבור ביטוח סיעודי - למילוי רק אם ירכש הכיסוי									
השאלה / הנושא	מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא		כן	לא	כן	לא
8. נדרשת עזרה בשגרת החיים					1. הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או טיפול סיעודי בבית ב-5 השנים האחרונות				
8.1 באכילה					2. ניתן טיפול סיעודי בבית ב-5 השנים האחרונות				
8.2 בבישול					3. נעשה שימוש בעזרי נייודות כמו כסא גלגלים, מקל הליכה, קביים או מכשור אחר				
8.3 ברחצה ו/או בגילוח					4. נעשה שימוש קבוע בקטטר (צנתר) לשתן, למעינים, לקיבה או למטרה אחרת				
8.4 בנטיילת תרופות					5. אי-שליטה על סוגרים				
8.5 בהלבשה					6. נפילות חוזרות				
8.6 בשירותים					7. תשישות נפש				
8.7 בקניות									
8.8 בהליכה ו/או בישיבה ו/או בקימה ו/או במעבר ממיטה לכסא									
8.9 בניידות									

4 שאלות נוספות בעבור ביטוח ילדים - למילוי רק אם ירכש הכיסוי בעבור הילדים									
השאלה / הנושא	1		2		3		4		שמות ילדים עד גיל 18 - שמות
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
1. קיים מום מולד									
2. נקבעה לילד נכות ו/או מצוי בהליכי תביעה ו/או מתעתד לתבוע									
3. בעיות התפתחותיות ו/או ליקויי למידה									
3.1 אוטיזם									
3.2 פיגור שכלי									
3.3 ליקוי למידה: דיסלקציה, הפרעת קשב, היפראקטיביות/התפתחות שפתית ו/או אחר									
3.4 בעיות גדילה									
4. נולד פג וטרם מלאו לו שנתיים									
5. טרם ניתנו כל החיסונים הנדרשים על-ידי משרד הבריאות בהתאם לגילו									

5 שאלות על מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים שלא פורטו לעיל									
השאלה / הנושא	1		2		3		4		שמות ילדים עד גיל 18 - שמות
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
1. הוגשה תביעה בביטוח אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה או הפרעה 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 או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל									
3. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל									
4. אשפוז בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל									
5. קיימת נכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל									
6. בדיקות שגרתיות - תקופתיות עם ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל									
7. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל									

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור, ולא תהינה 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.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזובי 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, 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 ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

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 ז"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, 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 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.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ שם המועמד הראשון לביטוח: _____ מספר זהות: _____ חתימה: X

תאריך: _____ שם המועמד השני לביטוח: _____ מספר זהות: _____ חתימה: XX

סוג הכרטיס		מספר כרטיס אשראי		בתוקף עד	
<input type="checkbox"/> כאל	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס				
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> דינרס	שם בעל כרטיס האשראי		מספר זהות	
<input type="checkbox"/> לאומי קארד				מספר	
רחוב		יישוב		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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X

יב. הרשאה לחיוב חשבון בנק



הרשאה לחיוב חשבון

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

לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

1. אני/ו הח"מ _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות / ח"פ _____

מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

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-פי הוראת כל דין.
- ב. אהיה/נהיה רשאי/ים 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/ים 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.
4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל-ינו להסדיר עם המוטב.
5. 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.
6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
7. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-ידי מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

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 X

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

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-פיהן 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/בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבשותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

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

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:

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 ←:

הפעולות	לא	כן
יבוטלו		
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		

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 בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי		
בפרמיה 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
למטיב הבנת, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: לא כן

תאריך _____ חתימת הסוכן

חתימת הסוכנות

הצהרת העמית (בעל הפוליסה) בקופת-גמל לעמיתים עצמאים

קוד מסמך 264

אני מצהיר בזאת כי:

אני מבוטח בתכנית קצבה והסכומים המופקדים עליי בתכנית הם על-פי הנדרש בתקנות.

אני זכאי לקבל לאחר פרישה פנסיה מאוצר המדינה (פנסיה תקציבית) או מקופת מעביד (אין הפרשת מעביד ועובד והבטחת הפנסיה היא מקופת המעביד).

ידוע לי שעל-פי תקנות מס-הכנסה, כללים לאישור ולניהול קופות-גמל (התשכ"ד - 1964), אני רשאי להפקיד סכומים לפוליסת תגמולים לעצמאים (הונית) רק אם הצהרתי על אחת מן האפשרויות הנ"ל.

הצהרה זו תהיה בתוקף כל עוד לא אודיע לכם אחרת.

תאריך _____ חתימת המבוטח הראשי X

חתימת המבוטח השני XX

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה מיטבית/עתודות

שם המבוטח _____ מספר זהות _____

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה מיטבית שבניהולה של מיטבית חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ
 עתודות שבניהולה של עתודות קרן פנסיה (1996) בע"מ (להלן "קרן הפנסיה")

א. מסלולי פנסיה - נא לסמן ב- ✓ (עמית שלא בחר באחד מן המסלולים יבוטח כברירת מחדל במסלול הבסיסי)

<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח נכות	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חיסכון
<input type="checkbox"/> מסלול משפחה	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח שאירים	<input type="checkbox"/> מסלול פרישה מוקדמת

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.

ברצוני לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסיית שאירים כן לא

ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה נוספו לך בן/בת-זוג או ילדים.

לתשומת לבך, אם במהלך תקופה זו התווספו לך שאירים ולא התקבלה הודעה בגינם, במקרה של פטירה הם לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי תוכל, בהודעה בכתב להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים.

ב. 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

ג. 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 _____

ד. הצהרת העמית

- ידוע לי כי התקשרותי בהתאם לטופס ההצעה, כמפורט לעיל, היא עם "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטוח") ועם מיטבית - עתודות חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ, החברה המנהלת את קרן הפנסיה הנבחרת ("החברה המנהלת"), כל אחת מהן בנפרד.
- 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.
 - ידוע לי כי התחייבויות המבטח נפרדות מהתחייבויות קרן הפנסיה והן אינן קשורות זו לזו.
- ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.
 - הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כן אני מתחייב להודיעכם על כל שינוי בפרטי האישיים.
 - ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות ככוונה או בידועין, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה.
- 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 ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם התושבים.
 - 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.
 - אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת המבטח ו/או לקרן הפנסיה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגים קרן הפנסיה ו/או המבטח לרכז נתונים בדבר מבוטחיהם, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ וכן למאגרי מידע הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת, וכן בהתאם לדרישות הדין.
 - אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת "כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ".
- הפקדות העולות על התקרה - הפקדה בקרן משלימה: ידוע לי כי על-פי תקנות מס-הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות-גמל) התשכ"ד - 1964 ("התקנות"), אפשר לבטח בקרן פנסיה חדשה מקיפה הכנסה שאינה עולה על התקרה שנקבעה בתקנות. במקרה שיועברו לקרן דמי גמולים מהכנסה העולה על התקרה שנקבעה ("דמי גמולים עודפים"), אני מורה לכם להעביר את דמי הגמולים העודפים לקרן פנסיה חדשה משלימה שבניהול החברה המנהלת של קרן הפנסיה. העברה לקופות-גמל או למסלול הוני אחר, תיעשה לפי פנייתי בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או עם המעסיק.
- אני מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע לקרן אם אפעל בעבור אחר.

 חתימת
 העמית

תאריך _____

הצטרפות עמית והעברת כספים

בקשה זו והוראה לחיוב חשבון הבנק, הצמודה לה, יועברו
ישירות על-ידי הסוכן לרסק סוכנים ב"כלל גמל",
בית רונישטיין קומה 4, דרך מנחם בגין 37 תל-אביב 65220

הקרו/הקופה	<input type="checkbox"/> קרן השתלמות למנהלים (אוצר 456)	<input type="checkbox"/> קרן גמל קופת תגמולים בע"מ (אוצר 444)	<input type="checkbox"/> כלל דגש איתן (אוצר 117)
נא לסמן אחת בלבד!	<input type="checkbox"/> קהילה קרן השתלמות (אוצר 746)	<input type="checkbox"/> ענבר קופת תגמולים (אוצר 377)	<input type="checkbox"/> כלל דגש חזק (אוצר 460)
	<input type="checkbox"/> כלל למהנדס (אוצר 772)		

שם הסוכן _____ מספרו _____

א. פרטי העמית

שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך הלידה	המין	מספר הזהות/הדרכון	מעמד קופה
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> שכיר (הפקדות מקבילות של עובד ומעביד) <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> בעל שליטה <input type="checkbox"/> קטין
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון בבית	מספר הטלפון הנייד	e-mail	
חובה לצרף תצלום של תעודת זהות	שם המעסיק	ח"פ מעסיק	כתובת מעסיק		

ב. בקשת העמית

1. אני מבקש/ת בזה להצטרף כעמית בחברתכם, ואני מצהיר/ה כי ידוע לי שהחברות תזכה אותי בכל הזכויות והיתרונות המוקנים לעמיתים על-ידי תקנות ההתאגדות של חברתכם, כפי שיהיו בתוקף מפעם לפעם, וכי אהיה כפוף/ה לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי התקנות ולפי החלטת הנהלה והאסיפות הכלליות, שיינתנו בהתאם לתקנות ו/או כל שינוי שיכול בהם להתאם לחוק. ידוע לי כי את מסמכי היסוד של החברה המנהלת אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת, באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום לעיל. אני מעוניין לפנות מפעם לפעם אל הקרן/הקופה באמצעות הפקסימיליה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, ידוע לי כי הקרן/הקופה תהיה פטורה מכל אחריות לזק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להגרם לי במישרין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי פעולה כלשהן של הקרן/הקופה בהתאם לבקשה זו, ובמייוחד ומבלי לגרוע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הוסמך לכך. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים/ת לכך, שהפרטים שמסרתי לחברה ו/או

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

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

חתימת העמית תאריך _____

חתימת העמית תאריך _____

2. הצהרת עמית במעמד עצמאי בלבד - הריני מצהיר בזאת, כי בהתאם לתקנה 19א' לתקנות קופות הגמל, הנני מפקיד ו/או מופקדים עבורי מדי חודש, לקופת גמל לקצבה, סכומים העולים על המינימום הנדרש בחוק, היה והשתנה מצבי כאמור אודיע לכם באופן מיידי.

ג. התחייבות המעסיק (כמילוי על-ידי המעסיק במקרה של קופה במעמד שכיר)

על-פי בקשתו של העמית להצטרף לקרן/לקופה, אנו מתחייבים להעביר מידי חודש בחודשו תשלומים לקרן/לקופה, כמפורט להלן:

1. תשלומים שוטפים: שכר העובד _____ ש"ח. שיעור ניכוי משכר העובד _____% . שיעור השתתפות המעסיק _____% .
2. תשלומים רטרואקטיביים: הניכוי הכולל את הפקודותינו ואת הפקודות העובד בסך _____ ש"ח, מופקד מתאריך _____ בעבור _____ חודשים החל ממשכורת חודש _____ ידוע לנו כי ותק בגין הפקודות רטרואקטיביות מוענק רק אם אלה הופקדו בשנת המס הנתונה (לקרן השתלמות בלבד).

חתימת וחותמת המעסיק תאריך _____

ד. בקשה להעברת חשבון מקרן השתלמות/מקופת גמל

(בהעברה של חשבונות ממעסיקים קודמים יש לצרף מכתבי שחרור מעסיק)

אני מורה לכם בזאת להעביר את יתרת חשבוני אצלכם הכוללת רווחים עד ליום העברה על זכויותי שנצברו, לזכות חשבוני בקרן/קופה, בבנק הפועלים, סניף ראשי (600) לזכות חשבון:

- קרן השתלמות למנהלים חשבון מס' 664686 (מספר אישור אוצר 456)
- קהילה קרן השתלמות חשבון מס' 667334 (מספר אישור אוצר 746)
- כלל למהנדס חשבון מס' 667954 (מספר אישור אוצר 772)
- כלל גמל קופת תגמולים בע"מ חשבון מס' 659100 (מספר אישור אוצר 444)
- ענבר קופת תגמולים חשבון מס' 661350 (מספר אישור אוצר 377)
- כלל דגש איתן חשבון מס' 655581 (מספר אישור אוצר 117)
- כלל דגש חזק חשבון מס' 654135 (מספר אישור אוצר 460)
- אחר _____

בנק/גוף מנהל _____
שם הקרן/הקופה המעבירה _____
חשבוני מספר (בקרן/בקופה המעבירה) _____
מספר קופה מעבירה (למילוי בידי הקופה) _____
כספים יועברו לחשבון במעמד שכיר עצמאי
שמספרו (למילוי בידי הקופה) _____

למלא אם העמית קטין

שם האב	חתימה	מספר זהות
	(X)	
שם האם	חתימה	מספר זהות
	(X)	

חתימת העמית תאריך _____

ה. שחרור מעסיק קיים להעברת כספים (כמילוי על-ידי המעסיק במקרה של קופה במעמד שכיר)

אנו מאשרים כי אין התנגדות מצדנו להעביר את כל הכספים שהצטברו בחשבון של העובד הנ"ל, חלק עובד וחלק מעביד לזכות חשבון העובד ב"כלל גמל".

חתימת וחותמת המעסיק שם המעסיק _____ תאריך _____

ו. אישור הקרן/הקופה

אנו מאשרים את חתימת העמית ונבקשכם לפעול בהתאם להוראותיו. אנו מתכבדים להמציא לכם את ההוראות הנ"ל להעברת יתרת חשבוננו לקופה/קרן בהתאם לפרטים שלעיל. בהתאם להוראות אגף שוק ההון, נבקשכם להעביר אלינו את פרטי ההעברה בקובץ נתונים אלקטרוני להעברת כספים בין קופות גמל, שהוכן על-ידי אגף שוק ההון. מצ"ב: אישור מעסיק קודם אישור מעסיק נוכחי טופס 161 / אישור פקיד שומה הצהרה על עיסוק בהעברה של חשבון עמית שכיר, החשבון יישאר במעמד של שכיר (על-פי התקנות).

חתימת וחותמת הקרן/הקופה תאריך _____

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, קופת תגמולים בע"מ
<input type="checkbox"/> _____	<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

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

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

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

1. אני/הח"מ שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק מספר זהות / ח"פ _____

מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ יישוב _____ מיקוד _____

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי על-ידי _____ כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול _____, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.

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

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח 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 שעל-ינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

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

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-יך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר ל _____, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון

תאריך _____ חתימת בעל החשבון

פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי _____, על-פי הסכם ההרשאה עם הלקוח.
--

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

אישור הבנק

לכבוד _____

דרך מנחם בגין 37

תל-אביב 65220

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מדי פעם בפעם, אשר מספר חשבוננו/נם 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/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

חתימה וחומתת הסניף

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