

**מקור מכירת הביטוח:**  
ממכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק  
יום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח

|                     |       |   |
|---------------------|-------|---|
| שם הסוקן            | מספרו | שם החברה לbijt'oz בע"מ  |
| שם מנהל פיתוח עסקיו | מספרו |   |
| מספר ההצעה          | -     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

הטפס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשנים וגברים כאחד.

**הצעה לרכישת כסוי ביטוח חיים**  
במקרה מוות, נכונות ומתאוננה, כתוב שירות רפואי מומחה און לין

#### **א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה**

| שם משפחה  |  | שם פרטי     | מספר זהות  | תאריך לידה* |
|---|--|-------------|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> אלמן | מספר טלפוני | מספר ילדים | מספר נייד   |
| רחוב  | מספר   | ת.ד.        | יישוב      | מיקוד       |
| הואר אלקטרוני   | @  |             |            |             |
| מקצוע/עיסוק   |  |             |            |             |

כל שברצונך לעדכן את ההוראות האמורות או את פרטיך האישיים רק עboro מוצר מסכים ניתן לפנות למוקד שירות לקוחות הטלפון 5454.

|  |
|--|
| האם הנר שווה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 ימים ומעלה במצטבר?  |
| <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרט לכך  |
| <input type="checkbox"/> לא, נדרשים מסוימים נוספים**<br><input checked="" type="checkbox"/> כן   |
| <input type="checkbox"/> לא, מחייב מילוי ערך כלשהו או שושן וויל חשבן<br><input checked="" type="checkbox"/> כן   |
| <input type="checkbox"/> לא, מחייב מילוי ערך כלשהו או שושן במהלך השנה האחרונות? (לענין זה ישובו צריכת כל מוצר הניוקוטן, לרבות טיגריה אלקטונית, נרגילה)   |
| <input type="checkbox"/> לא, מחייב מילוי ערך כלשהו במקומות שעלהם חלה אזהרת מסע?  |
| <input type="checkbox"/> לא, מחייב מילוי ערך כלשהו בתחרויות, טיפוס, צלילה, אומנות לחימה?<br><input checked="" type="checkbox"/> כן, ספורט מוטורי או ימי – עם השתתפות בתחרויות, טיפוס, צלילה, אומנות לחימה? |
| <input type="checkbox"/> לא, מחייב מילוי ערך כלשהו או שושן מהתאים  |

**קביעת הגיל לצורכי הפלישה** למעט כיסוי אובדן כשורudsonה היא בהתאם להגדירות המופיעות בתנאי הפלישה ("גיל ביטוחו").

#### **ב. פרטי המותבים במוות המבוטח (בח"י המבוטח ובתום תקופת בייחוש המבוטח)**

| שם המשפחה | שם הפרט/י | מספר זהות | תאריך לידה | יחס / קרבה | חלק ב- % |
|-----------|-----------|-----------|------------|------------|----------|
|           |           |           |            |            |          |
|           |           |           |            |            |          |
|           |           |           |            |            |          |

לפי אזכורם □ ירושלים חוץ מ"ם □ מטבח □ גשם מ"ג

ג. הכספי הביטוחי

תאריך התחלת הביטוח /20 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

| הערות   | סכום ביטוח<br>בש"ח | ליגל תומ<br>תקופה | סוג הכספי למועדן הראשי בלבד                                |
|---|--------------------|-------------------|--|
|   | ש"ח _____          | 80                | <b>ספיר</b> – ביטוח חיים למקרה מוות בפרמייה משתנה מדי שנה* |
| סכום הביטוח לא עלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר". | ש"ח _____          | 65                | <b>מוות מתאונה</b> <input type="checkbox"/>                |
| סכום הביטוח לא עלה על סכום הביטוח לכיסוי למקרה מוות "ספיר". | ש"ח _____          | 65                | <b>נכונות מתאונה</b> <input type="checkbox"/>              |

\* מוגבר כי במקבילה של הנטילת פcritות ברכישות יוכפאוויאו בטעמאות, למטרות הניתן בכלל בירושה בטחאת לטרם קרכוב ברכישות במחדלו.



| ד. כתוב שירות            |                          |                          |                          |                          |                          |           |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|---|
| ילד 4                    | ילד 3                    | ילד 2                    | ילד 1                    | מבוטח שני                | מבוטח ראשי               | גיל כניסה |   |
| <input type="checkbox"/> | 0-85      | כתב שירות רופא און-ליין<br>מספר כיסוי 902048357 |

### ה. פרטי המועמדים לכתב השירות

| מין   | תוכנית שבן' | שם קופת חולים | תאריך לידיה | שם קופת חזות | מספר פרטיה | שם המשפחה |                             |
|---|-------------|---------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | כונמד ראשון<br>(בעל הפלישה) |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | כונמד שני                   |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | ילד 1                       |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | ילד 2                       |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | ילד 3                       |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |             |               |             |              |            |           | ילד 4                       |
| דו"ר אלקטרוני   |             |               |             | טלפון נייד   | עיסוק      |           |                             |
|   |             |               |             |              |            |           | כונמד ראשון<br>(בעל הפלישה) |
|   |             |               |             |              |            |           | כונמד שני                   |

### אופן קבלת מסמכים דיווח והודעות תפעוליות:

|   |   |
|---|---|
| כונמד שני   | אני מסכים/ מה כי החברה וחברות נספנות בקבוצת כלל, תשלחנה אליו מסמכים והודעות (לרבות מסמכים הפלישה, דוחות שנתיים, מסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות: |
| <input type="checkbox"/> דו"ר אלקטרוני – לכתובות המציגות בטופס זה |   |
| <input type="checkbox"/> דו"ר רגיל – לכתובות המציגות בטופס זה     |   |

לודיעתך אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורנות ישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעות דיווח אלקטרוני (דו"ר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

### כתובת למשלוח דו"ר (עboro כל כל המועמדים לביטוח)

| רחוב  | מספר/ת.ד.  | יישוב  | מיקוד  | טלפון  |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |
| אני מסכים/ מה כי החברה וחברות נספנות בקבוצת כלל, תשלחנה אליו מסמכים והודעות (לרבות מסמכים הפלישה, דוחות שנתיים, מסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות: |  |  |  |  |
| כל שברצונך לעדכן את ההסכםות האמורות / או את פרטי אישים רק עבור מוצר מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקחות בטלפון 5454.*   |  |  |  |  |
| נא לענות כן או לא לכל מבוטח   | ילד 4<br>(מגיל 18)   | ילד 3<br>(מגיל 18)   | ילד 2<br>(מגיל 18)   | ילד 1<br>(מגיל 18)   |
| אם הנתק מעש/ת או לחילופין הפסיקת לשאן במהלך השנה השנים האחרונות? (לענין זה ישבו צריכה כל מוצר הניתן, לרבות סיגירה אלקטרונית, נרגילה)  | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן |



#### ו. הצהרת המועמד לביטוח על מוצבו הבריאותי

| שם המשפחה | שם פרטי | מספר זהות | מין | <input checked="" type="checkbox"/> נקבה<br><input type="checkbox"/> זכר | גובה בס"מ | משקל בק"ג | תאריך לידיה | גובה בס"מ |
|-----------|---------|-----------|-----|--|-----------|-----------|-------------|-----------|
|-----------|---------|-----------|-----|--|-----------|-----------|-------------|-----------|

## 2. שאלון מבוא כללי ורחבה שאלון עישן

- |  |          |  |  |    |
|--|----------|--|--|----|
|  |          |  | האם הנר מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?   | .1 |
|  |          |  | האם הנר מעשן מעל 40 סיגריות ביום?  | .2 |
|  |          |  | האם עברת או הומלץ לך לעורר גמילה מאלכוהול?   | .3 |
|  | <b>A</b> |  | האם צורך / צרכת סמים כתút או בעבר?   | .4 |
|  | <b>B</b> |  | האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלת/או הפרעה אצל קרובים משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים לב, סרטן, כליזות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון. | .5 |

**3. האם אצל מישחו מבין המועמדים לביטוח אובדן/נה אחת או יותר מהמחלות/ הפרעות/מוממים או בעור הליר רפואי כללה? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם את השאלה המתאימים)**

- |  |     |  |
|--|-----|--|
|  |     | <b>במערכת העצבים והמוח –</b>   |
|  | ג   | לרובות אפליפסיה, כאבי ראש חריגים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדמומה, סחרחוות, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיאוג', אוטיזם, פולי', הפרעות קשב וריכוך, הפראה / או עיכוב התפתחותי –                  |
|  | ד   | <b>בנפש –</b> לרובות דיכאון, חרדה, מצב רוח (צ'יקלומניה) סכיזופרניא, מחלת דו-קוטבית, תסמונת פוטס טראומטית (PTSD)  |
|  | ה   | <b>בדרכי הנשימה, ריאות –</b> לרובות אסתמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה / או ברונכיטיס חזורת, סרקבאידוזיס, דום בשימה בשינה.   |
|  | ו   | <b>בעור –</b> פטוזיסים, פמיגזום, אקזמה, נגע / או גידול בעור  |
|  | ז   | <b>בלחץدم</b> <b>מערכת הלב וכלי הדם –</b> לרובות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזזה, התתקף לב, הפרעת קצבו / או הולכה, אושה, הפרעה במסתומים, מום, צינורין, טומבוזה, מפרצת, ורידים מורוחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)     |
|  | ח   | <b>במערכת העיכול –</b> לרובות החזר ושטי, קrhoה, קויליטיס, פרוקיטיטיס, טהורם, פיסטולה, אבסטס, ניתן לקיצור קיבת  |
|  | ט   | <b>בקע/הרניה –</b> לרובות מפשעתית, בטני, טבור, SURPATI / או בצלקתנית יתוחית  |
|  | ו   | <b>בכבד, במרה, בבלבל –</b> לרובות הפטיטיס,CBD מוגדל, CBD שומני, שחמת (צ'ירוזיס), אבנים בכים / או דרכי מרעה, דלקת בלבב (פנקראיטיסים)  |
|  | יא  | <b>בכליות בדרכי השתן וערמוניות –</b> לרובות כליה קטנה / או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחה של פוחית השתן, דלקות, דם / או חלבון בשנתן, סי-ספקה, כליה פוליציטית, ערמוניות מוגדלת  |
|  | יב  | <b>מחלה מטבולית, הורמנולית (אנדוורנגולויה) –</b> לרובות סוכרת, שומנים בדם, שיגdon (גאוט), FMF, גושא, בלוטת התannis, פולקטינומאה/פרולקטינומיה, הפרעות גידלה, העת יתר  |
|  | יג  | <b>בדם, בטחול, במערכת החיסון –</b> לרובות ערכיים חריגים בספירות דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון  |
|  | יד  | <b>מחלות דיזומיות, מחלות מין –</b> לרובות AIDS (גם נשאות), שחפת  |
|  | טו  | <b>מחלות ממיארות, גידולים ממאירים –</b> לרובות גידול סרטני / או טром סרטני   |
|  | טו' | <b>במערכת השلد והשרירים –</b> לרובות שבר, פריקה, פגעה בגידים/רצועות, כאביגב, בעיה בחוליות, בכתרב, בריחת סיידן (אוסטאופרוזיס/אוסטאופניה), פרטם.   |
|  | יז  | <b>במערכת הרואה –</b> לרובות כבדות ראייה, הפרות רשתית, גלאוקומה, קרטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובייטיס, קרטוקונוס   |
|  | יח  | <b>באף, אוזן, גרון –</b> פגעה בשמעיה, מניה, טינוטון, סינודיטיס חזורת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדמים, דלקות אזניות חזורות, פיעעה כלשוי במיתרי הקול, אלימוט   |
|  | יט  | <b>במערכת המין והרבייה –</b> לרובות גוש בשד, הגדלות שדים, דימומים באק שאר למתחזע כתעת בהריון, נתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחה רחם / או נרתוק, בעיות פרוון (אם אצל גברים), קונדילומה, אשר טמיון, ורקיולאה, הידרוצילה, הפוספדייטס. |
|  | כ   | <b>מחלות ריאומיות –</b> (פרקומים) לרובות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטוזיס), דלקת מפרקים שగורנית (ראומטיד ארטרטיטיס), לפוס (זאתבת), פיברומיאליה   |

4. שאלות נוספת

- |  |  |       |  |  |
|--|--|-------|--|--|
|  |  |       |  | האם הנר נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה<br>ואת הסיבת   |
|  |  |       |  | האם אתה מועמד לעבר או קיימת המלצה לעבר ניתוח /או בדיקה פולשנית /או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט:   |
|  |  | כא-כב |  | האם ב - 5 השנים האחרונות אושפזת / או נוותחת / או עברת בדיקה פולשנית / או הדמיה / או בדיקות מעבדה?  |
|  |  | כג    |  | האם קיימת נוכחות כלשהי / או האם הנר נמצא בתהיליך לקבלה נוכחות?   |
|  |  |       |  | האם הומלץ על אשפוז סיעוד / או ניתן לך טיפול סיעודי ביבית / או במוסד, מקבל / או קיבלת גמלת סיוע, משתמש בעזה נידות כדי ללכט, שימוש בקטטר לששת/מעיים/קיבה או אחר, או שליטה על סוגרים, נפילות חזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות:<br>לאכול, לשות, להתחזק, להתחלץ, להתפלש, להתפתש, לקלום, לשכב. |

#### **חתימות המועמד על הצהרת הבריאות (סעיפים 4-1)**

חתימת המועד לביטוח ✕

שם המועמד לביטוח

תארין



**הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית**

משרה / או עובד / או ב"כ / או חוקר / או רופא / או מומחה אחר של חברת הביטוח / או מי מטעמה, ולא לכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור בחיתמי להלן, אני מאשר שאינו מודיע לך, שאתה רשאי למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

ב. כתוב ויתור זה מחייב אותך, את עיזובו ובאי-כחוי החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.

ג. בקשתי זויפה גם כלפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א-1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המופיע במסגרתו המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולמים / או רופאים / או עובדיין / או מטען / או מטעמן / או נוטני השירותים הנ"ל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח **X**

(השימוש במידע שיתקבל עשה לצורך צירוף המועמד לביטוח ויישוב)  
**תביעות בלבד**

לכבוד: המכוסד לביטוח לאומי, בתי חולים רפואיים, רופאים וכל מאן דבוי  
קופות חולמים, בתים רפואיים, רופאים וכל מאן דבוי  
אי החתום מטה

מספר תעודה זהות \_\_\_\_\_

הויל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כל חברה לביטוח בע"מ / או  
הנני מבוהה שלאה / או בקשתי להיות מבוהה על-ידה, הריני מאשר ומירה  
למסור לחברת הביטוח את המידע העיקרי בשותכם אוזוני, לא יצא מן  
 הכלל, ובאופן שתדרשו חברות הביטוח, לרבות רפואיים על מידע הבריאותי  
/ או השיקומי / או הסוציאלי / או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובבת  
שמירה על סודיות כל בווגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וככל נושא

**הצהרת הסוכן**

בחיתמי זו אני מאשר כי \_\_\_\_\_, אשר זווהה על ידי על פי תעודה מזוהה, חתום על \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן **X** \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסוכן **X** \_\_\_\_\_

**ג. אישור תנאי קבלה מיוחדים**

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואיות בתנאי שאחד התוספות לא עולה על 50%

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח **X**

**ח. משך אינטרנט לאיתור מוצר ביטוח**

רשות שוק ההון הקימה את האתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מוגברת המאפשר לך לצפות במרקם בכל מוצרים בביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, ואתה על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליויהם.  
כל שאין מעוניין/ת שנubbyר נתונים אלה, לאחר הפסקת הפליטה, עליך ליצור עמו קשר באמצעות מזקק שירות הליקוחות בטלפון שמספרו 5454.\*.  
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע לך לצפות במרקם בכל מוצרים הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.

**ט. הצהרת המועמד לבועלות על הפלישה והצהרות המועמד/ום לביטוח**

אני/ה החתום/ים מטה, המועמד לבועלות על הפלישה / או המועמד/ום לביטוח, מבקש/ים בזה מכללה חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטיח") לבטא את חמי המועמד/ום לפי הרשם בהצעה / או בהצהרת הבריאות.

1. אני מציריך, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורנות בהצעה / או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכוןות ומלאות, ולא העלמתי מני המבטיח דבר העולול להשဖע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

2. ידוע לי כי בעקבות העלמת מידע או תשובה כזאת יהיה חזזה הביטוח בטל מעיקר בכפוף להוואות חוק חזזה הביטוח.

3. ידוע לי כי התשובות המפורנות בהצעה / או בהצהרת הבריאות עליהן חתמתי במסמך פוליסת/ות ביטוח חיים וכן התנאים העיקריים אצל המבטיח לעניין זה ישמש לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתמי יסודי לחזזה הביטוח בין המבטיח והוא חלק בלתי נפרד ממנו. מובהר, כי גם אם מסרתי מידע / או מסמכים רפואיים / או מסמכים כמפורט במסמך פוליסת פוליסת/ות ביטוח חיים ("הميدע הרלוונטי"), אך לא מסרתי את המידע הרלוונטי למבטיח במסורת פוליסת/ות ביטוח חיים ייחסב הדבר לעניין בchnerת תביעותיו במסמך פוליסת/ות ביטוח חיים כאלו לא גiley למסגרת את המידע הרלוונטי.

4. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כנקודת מפתח לדחיתת קבלת ההצעה או דחיתתה ובכפוף להוראות הדין.

5. ידוע לי שההודעות וכל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים ולתביעות צריכים להימסר במשרדי החברה בלבד.

6. כל הפרטים שמסרתי / או אמסור לחברת יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותים משלימים או לשירות חינוך ללחן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.

7. ■ במסגרת תהליכי המכירה נעשה בידי בירור של צרכך, לרבות באמצעות ביצועה לבירור רפואיים מילוי הצהרת הבריאות, בעצמי או לאחר שנתיתי את אישורי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכספי הביטוח, סכום הביטוח, תקופת הביטוח וטבלת התפתחות הפרימה, הכלכלה הנחות ותוספות ככל שקיים.

8. אני מתחייב לדוח על מບטה על כל שינוי אשר יחול במכשיר הרפואי מיומן מילוי הצהרת הבריאות ועוד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדוח על השינוי עלולות זיכויי על פי הפלישה להיגע.

במקרה בו במסגרת בירור הרככים עולה שיש למועד פוליסה לרונווטית (השווה וביתול של פוליסה מקורית):

9. ■ נמסרו לי תוצאות הילין ההתקופה.



| 10. במידה והנרי מעוניין לבטל את הפולישה המקורי, יש לסמן את אופן הביטול:  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| אוף הביטול   | ולבעלות על הפולישה<br>הראשון לביטוח<br>חתימת המועד |                          |                          |                          |                          |                          |
| אוף הביטול   | ילד 4  | ילד 3                    | ילד 2                    | ילד 1                    | מועדן 2                  | מועדן 1                  |
| <input type="checkbox"/> אני מעוניין לבטל עצמי את הפולישה המקורי   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> אני מעוניין כי בקשה הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח  | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> אני מעוניין כי בקשה הביטול תישלח באמצעות כל ביתו.<br>*יש לצרף טופס "בקשת ביטול בחברה אחרת" מלא וחתום ע"י המבוטח | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*לידיעתך – הטיפול בבקשת החטיפות לפולישה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידו בנפרד מהליך ביטול הפלישה בחברה האחראית

11. יש למלא בהצעה לרכישת פולישה ובמקרה בו קיים כבר מוצר העיקרי פיזיו עבר מקרה ביטוח דומה (" מוצר דומה"):

בכונתי לרכוש את המוצר הנוכחי בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צרכו זה הוא עבר מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים כדי וכי יגיבו דמי ביטוח עבור שני המוצרים (להוסיפה סימן למועדדים כמו בסעיף 10 לעיל)

12. יש למלא במקורה בו בראשות המועדם ביטוח חיים سيكون בלבד / או ביטוח נכות מתאוננה, לפי העניין:

בכונתי לרכוש את כסוי מות מתאוננה / או נכות מתאוננה, לפי העניין, למורת שהובחר לי שקים בראשות ביטוח חיים سيكون בלבד / או ביטוח נכות מתאוננה.

08/2022 | תאגיה ל'כינשitis כ"ה' בטוף חיים במקורה מותן נכונות ומוות מראה גונה. כתבה שירות רואה מהמהה או ל... | 584 | 101073

## **חתימת המועמדים על הצהרות לביטוח:**

|       |                  |   |
|-------|------------------|---|
| תאריך | שם המועמד הראשון | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | שם המועמד השני   | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | שם ילד 1 מגיל 18 | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | שם ילד 2 מגיל 18 | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | שם ילד 3 מגיל 18 | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | שם ילד 4 מגיל 18 | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |

1. אני אוו מי מטעמי מתחייב שלא להחזיק בהרשותה שמשר המועמד לביטוח והמוועד לביטוח בין המבנת, מצהיר בהזה כי שאלתי את המועמד לביטוח את המועמד לבועלות על הפולסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובהן הן כפי שנשמעו לי אישית, וכי המסר נחתם בפנוי.
  2. אני מצהיר בהזה כי האתאי לודיעת המועמד לבוטח את הצהרות הרשומות לעיל והמוועד לאישר לי מפורשות כי הבין את משמעות הצהרות וכי הוא מסכים לאמר בה.
  3. אני מצהיר בהזה, כי נכנן למועד חתימת ההצעה כסוי אבדן כשר העובדה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקודת מרובד השור **שאינו** מבוטח בקרן פנסיה חדשה.
  4. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד לביטוח, לבוטח באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור, או קבלת המידע מהמועדן לביטוח לאחר שפנה בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתי

**מאריב**  **חתימת גירוגוות** 



## אמצעי תשלום - ביטוח חיים

### בקשה להקמת הרשות לחיבור חשבון

| שם הבנק    | מספר סניף | כתובת הסניף               |
|------------|-----------|---------------------------|
|            |           |                           |
|            |           |                           |
| מספר חשבון | קוד מופד  | שם המוסד (המוסטב)         |
|            |           | <b>כל חברת ביטוח בע"מ</b> |
| <b>628</b> |           |                           |

אם ישלו עלי ידי המוטב חיבורים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקות, הם יוחזרו עלי ידי הבנק, על כל המשמעות הרכבות בכר.

הרשות הכללית, שאינה כוללת הגבלות או הרשות הכללית לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיבור \_\_\_\_\_ נס \_\_\_\_\_ מועד פיקיעת תוקף הרשות ביום \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**لتשומת לבכם: اي סימן אחד מהחולפות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשות הכללית, שאינה כוללת הגבלות.**

אנו הח"מ (בעל החשבון כמפורט בספרי הבנק) ("הלקותות"):

| מספר זהות/ח.פ. | שם בעלי חשבון הבנק | פוליסת לעדכן  |       |
|----------------|--------------------|---|-------|
|                |                    | <input type="checkbox"/> כל הpolloיסות <input type="checkbox"/> מס' פוליסה/ות לעדכן |       |
| רחוב           | מספר               | יישוב   | מיקוד |
|                |                    |   |       |

- ד. נהיה רשאים לדרש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אינו תואם את מועד פיקיעת התוקף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.  
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינו לבין המוטב.  
 ו. הרשותה שלא עשו בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיבור האחרון, בטלה.  
 ז. אם עטנו לבקשנותו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשותה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינו לבין הבנק.  
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן הסדר המפורט בהרשותה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, והוא יודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.  
 ט. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.  
 י. יודיע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשותה זו לחיבור חשבון, אינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחיבת ביחסיו הבנק ולקחוותיו בלבד. יבהיר כי אין באמור לעיל כדי לחיבור את המוטב לקבל הרשותה לחיבור הכללות הגבלות כאמור והדבר נתנו לשיקול דעתנו.

1. מבקשים בהזאת בحسابוננו הנ"ל ("החשבון") הרשות לחיבור חשבונו, בסכומים ובמועדים שיופיעו לכם מידי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסס, בכפוף למוגבלות שתסומנו לעיל (כל שסומן), וזאת בגין **חייבים על-פי חוזה ביטוח/חיבורים על-פי הסכם הלוואות**.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות: **מחוות/סוג התשלום**  
 א. עלינו לקבל ממוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשותה לחיבור חשבונו.

ב. הרשותה זו ניתן לבטול ע"י הודעה בכתב מתנו לבנק **ולכל חברות ביטוח בע"מ** שתיכנס לתוקף יומי עסקיים אחד לאחר מתן הודעה לבנקן, וכן ניתן לבטול ע"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיבור מסיים, וב└בד שזו הודעה על רק תימסר על ידי בכתב לבנקן, לא יותר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיבור. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, הדמי עשו בערך יומי מעת הודעת הביטול.

### פרטי הרשותה סכום החיבור ומועד יקבע מעת עט ע"י כל חברת ביטוח בע"מ

#### אימות זהוי ללקוח ע"י הסוכן

הנני מאשר זהה כי ביום \_\_\_\_\_ זיהיתי את הלקוח באמצעות תעודה זהות/רישון נסיעה, ויידאתי שהוא בעל חשבון הבנק המפורט לעיל והוא חתום על מסמך זה בפניי.

תאריך \_\_\_\_\_  
 חתימת + חותמת סוכנות                         X                        

\* ככל ומהסמן זה לא נחתם בפני סוכן יש לצרף לטופס צילום תעודה זהות או רישון נסיעה של הלקוח

חתימת הלקוחות                         XX                              תאריך \_\_\_\_\_

#### תשלום בכרטיס האשראי

| שם בעל כרטיס אשראי  | תוקף | סוג הcarteis | מספר כרטיס אשראי |
|---|------|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס<br><input type="checkbox"/> אחרת: _____ |      |              |                  |
| מספר זהות   |      |              |                  |
| כתובת מגוריים – רחוב  | מספר | יישוב        | מיקוד            |
|   |      |              |                  |

שובר זה נחתם על-ידי, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכוםיהם, הואיל ואניונה על-ידי הרשותה לכל חברות ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הcarteis  
 חיבורים מעת לעת כפי שתפרטנו למנפיקה. הרשותה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שוינפלק ויישא מסטר אחר, החלופה לכרטיסים שמספרו נקוב בשובר זה.

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

#### כל חברת ביטוח בע"מ