

הצעה לביטוח

"פרופיל הדור החדש - מנהלים"

ו/או הצטרפות לקרן פנסיה

ו/או לקופת גמל

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "מיטבית - עתודות" ו/או לקופות הגמל המנוהלות על-ידי "כלל פנסיה וגמל בע"מ" ו/או לחברת הביטוח "כלל חברה לביטוח בע"מ" והכול לפי בחירתך. התחייבויות כל חברה נפרדות ואינן קשורות זו לזו, אלא אם נכתב במפורש אחרת. יש למלא את הטופס בהתאם למוצרים הנבחרים.

לתשומת לב!

בהצעה לביטוח המצורפת 11 עמודי טופס.
כל עמוד ימולא במקור ובהעתק ("נייר כימי").
בעת מילוי כל עמוד טופס (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;
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 8;
- צירוף טופס גילוי נאות, חתום על-ידי המבוטח.

הצעה לביטוח
"פרופיל הדור החדש - מנהלים"
ו/או הצטרפות לקרן פנסיה ו/או לקופת גמל
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

א. פרטי המעביד

השם	מספר החברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה	מספר הטלפון	מספר הפקס	מספר תיק ניכויים
הכתובת	מיקוד	דואל	שם איש הקשר	מספר הטלפון
אופן הגבייה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)	<input type="checkbox"/> הודעת תשלום	אופן התשלום	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי

ב. פרטי המבוטח - העובד - 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 לבד

המבוטח הראשי		פרטים		המבוטח השני	
המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	המשפחה	הפרטי	הפרטי
ס"ב	19	מספר הזהות תאריך הלידה*	ס"ב	19	19
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	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	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	הפסקתי לפני _____ שנים	האם אתה מעשן או שעישנת ב-3 השנים האחרונות?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	הפסקתי לפני _____ שנים	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	דואל	@
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?

המוטבים במוט המבוטח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה		יחס קרבה		חלק ב-%	
3	2	1	3	2	1	%	%	%	%	%	%
במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על-פי הרשום לעיל)											

* קביעת הגיל לצורכי הפוליסה היא בהתאם להגדרות המופיעות בתנאי הפוליסה.

לפי צוואה במקרה מוות קודם של מי שנרשם לעיל פרט - _____ חברה רשום ח"פ - _____

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

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

תאריך התחלת הביטוח	תאריך התחלת עבודה אצל המעביד	משכורת חודשית של המבוטח	מועד תשלום הפקדה	מבוסס על _____
20	ש"ח	חודשית ראשונה _____	בגין משכורת _____	משכורת בשנה אחת _____
המשכורת מתעדכנת על-פי: <input type="checkbox"/> תקבול <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה				

ה. הפרשות מהמשכורת

על-חשבון המעביד הוצאה המוכרת בגין סך כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה - היא עד 7.5%

על-חשבון העובד לאבדן כושר עבודה (כאחוז מהשכר לפוליסה בלבד)

לפיצויים _____% עד _____% והיתרה מתוך התגמולים

לתגמולים _____% בלא מגבלה עד _____% והיתרה על-חשבון העובד

לגמולים _____% עד _____% והיתרה מתוך התגמולים

על-פי _____% בלא מגבלה עד _____% והיתרה מתוך התגמולים

סעיף 45 _____% בלא מגבלה עד _____% והיתרה מתוך התגמולים

ו. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית וסוג הפוליסה

גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67)	פוליסה מסוג "פרופיל הדור החדש - מנהלים"	המשכורת ב"פוליסה לחודש ש"ח _____
67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	סוג התכנית ←	1. על-פי תקנה 19, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופת גמל משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה לתגמולים בקופת גמל משלמת לקצבה, בגובה המשכורת המתאימה. על-פי התקנות חלק מעביד ועובד בתגמולים חייב להיות בתכנית ביטוח אחת לפי משכורת המבוטחת בכל תכנית ביטוח.
לא משלמת לקצבה	שם התכנית ←	2. אם סומנו בסעיף הפרשות גם פיצויים וגם תגמולים וסומנה תכנית לא משלמת לקצבה ואחת מן התכניות המשלמות לקצבה, הפיצויים יהיו ב"אופק לא משלמת לקצבה" והתגמולים בתכנית משלמת לקצבה שנבחרה. שים לב, במקרה זה אם נרכש שחרור מתוך הפרשות, לא יירכש בפוליסה "אופק לא משלמת לקצבה" שחרור במקרה של אבדן כושר עבודה.
איתן <input type="checkbox"/> 13% יורד	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	קרן פנסיה <input type="checkbox"/> 1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית <input type="checkbox"/> 2. מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה
עוז <input type="checkbox"/> 8% יורד	דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 9 וחתימות בהתאם
אופק <input type="checkbox"/> 0%	גמל והשתלמות הצטרפות לקרן השתלמות העברת כספים חד-פעמיים ל"כלל גמל"	מלא בעמודים 10 ו-11
עוגן <input type="checkbox"/> 7%	גמל והשתלמות הצטרפות לקרן השתלמות העברת כספים חד-פעמיים ל"כלל גמל"	ההפקדות השוטפות של כספי הפיצויים והתגמולים יופקדו בתכנית לקצבה לפי הפירוט שלהלן: בפוליסה בה ההפקדות השוטפות הן לפיצויים ותגמולים - בתכנית משלמת לקצבה. בפוליסה בה ההפקדות השוטפות הן לפיצויים בלבד, בלא מרכיב תגמולים - לתכנית לא משלמת לקצבה.
אופק <input type="checkbox"/> 0%	גמל והשתלמות הצטרפות לקרן השתלמות העברת כספים חד-פעמיים ל"כלל גמל"	זכאות בלא תנאי / הסכם עבודה

ז. זכאות בלא תנאי / הסכם עבודה

1. זכאות בלא תנאי ← מיידית לאחר 3 שנים

2. הסכם עבודה - לפי סעיף 14 (נא סמן במקום המתאים)

2.1 על מלוא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה).

2.2 שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור הפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק).

2.3 שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.

ח. הפקדה שוטפת לפי סעיף 47(2) (מוכר כקופת ביטוח)

פוליסה נפרדת מפוליסת המנהלים מסוג פרופיל הדור החדש. 100% מההפקדה השוטפת בתכנית משלמת לקצבה.	סוג התכנית ←
גובה המשכורת ש"ח _____	שם התכנית ←
_____% לטעין 47(2).	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת
_____%	דמי-ניהול המצטבר

ט. מסלולי השקעה ב"פרופיל הדור החדש" אם לא נבחר מסלול השקעה, יופקדו הכספים במסלול השקעה כללי (3)

אישור המעביד למבוטח לשנות בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14.	תאריך _____
חתימת המעביד	חתימת המבוטח

מסלול	פיצויים	תגמולים	סעיף (2) ב' 47	% השקעה
1. מניית				6. כללי (2)
2. אג"ח ופקדונות				7. כללי (3)
3. מט"ח				8.
4. שקלי				9.
6. כללי (1)	100%	100%	100%	סה"כ

מתוך "פרופיל הדור החדש - סעיף 47ב(2)"			מתוך "פרופיל הדור החדש - מנהלים"				
תקופת הביטוח	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי		הכיסוי	סוג הכיסוי	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי		הכיסוי
	% מהמשכורת בפוליסה	ש"ח			% מהמשכורת בפוליסה	ש"ח	
עד תום תקופת הפוליסה		מספר משכורות _____	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל <input type="checkbox"/> לא כולל <input type="checkbox"/> חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> חיסכון מצטבר	* כיסויים ביטוחיים למקרה מוות		מספר משכורות _____	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל <input type="checkbox"/> לא כולל <input type="checkbox"/> חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> חיסכון מצטבר
עד תום תקופת הפוליסה		מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה חובה לפרט! <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה חובה לפרט!	* כיסויי אבדן כושר עבודה		מספר משכורות _____	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה חובה לפרט! <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזה חובה לפרט!
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 - _____			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 הביטוח של הכיסוי הביטוחי כפוף למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך הפרשות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי.

יא. הפקדות חד-פעמיות

הפקדה חד-פעמית שאינה במסגרת העברה בין קופות גמל
מטרת ההפקדה <input type="checkbox"/> פיצויים <input type="checkbox"/> תגמולים
סכום ההפקדה _____ ש"ח
לתשומת לבך: הפקדה חד-פעמית תופקד לפוליסה מסוג אופק. במקרים בהם בחר המבוטח להפקיד הפקדה שוטפת לתכנית מסוג עוגן או עוז, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בתוספת הצעה זו, בכפוף להסדר התחיקתי.

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"									
מטרת הפקדה <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה								
לתשומת לבך: 1. בהעברת כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים). 2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה משלמת היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה. 3. הכספים יופקדו לפוליסה מסוג "אופק" ובהתאם למהותם.	<table border="1"> <tr> <th>סוג הקופה המעבירה</th> <th>סוג התכנית המבוקשת</th> </tr> <tr> <td>כספים הוניים</td> <td><input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</td> </tr> <tr> <td>כספים מקופה לא משלמת לקצבה</td> <td><input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</td> </tr> <tr> <td>כספים מקופה משלמת לקצבה</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה</td> </tr> </table>	סוג הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת	כספים הוניים	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה לא משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה משלמת לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה
סוג הקופה המעבירה	סוג התכנית המבוקשת								
כספים הוניים	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה								
כספים מקופה לא משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה								
כספים מקופה משלמת לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה								

יב. "משלים לחיים מנהלים" - כל הכיסויים שצריך עד הפנסיה שלך

הסדרה החדשה שמשלימה את כל מה שפוליסות ביטוח מנהלים או תכניות הפנסיה אינן מכסות

סכום הביטוח בש"ח והערות	לגיל	הכיסוי הביטוחי במנה	הרכב המנה
100,000	70	ספיר בפרמיה משתנה כל שנה	<input type="checkbox"/> משלים לחיים <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי, _____ מנות <input type="checkbox"/> מבוטח שני, _____ מנות אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות ←
50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח	70	אחריות לחיים בפרמיה משתנה כל 5 שנים	
50,000	65	נכות מתאונה	
50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח	64	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	
100,000	70	ספיר בפרמיה משתנה כל שנה	<input type="checkbox"/> משלים לחיים מורחב (לצווארון לבן בלבד) <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי, _____ מנות <input type="checkbox"/> מבוטח שני, _____ מנות אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות ←
50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח	70	אחריות לחיים בפרמיה משתנה כל 5 שנים	
50,000	65	נכות מתאונה	
50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח	65	נכות מקצועית	
50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח	64	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	
	67	הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה, 3 חודשי המתנה	

על-חשבון עובד מעביד

מבוטח שני				מבוטח ראשי			
סוג הפוליסה	סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל	סוג הפוליסה	סכום הכיסוי בש"ח	לתקופה	לגיל
"פרופיל הדור החדש - אישי"			עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70	"פרופיל הדור החדש - אישי"			עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70
קלאסי (בפוליסה נפרדת)			70	קלאסי			70
			65				65
			65				65
							21
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> שחרור ושחרור בלבד <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה				<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> שחרור ושחרור בלבד <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה			
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> שחרור ושחרור בלבד <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה				<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> שחרור ושחרור בלבד <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצי'זה			
ש"ח _____				ש"ח _____			
ש"ח _____				ש"ח _____			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים			
קלאסי			65	קלאסי			65
			עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70				עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70

אם נבחר "פרופיל הדור החדש - אישי" נא מלא את הפרטים של גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח, סוג הפוליסה ומסלול ההשקעה שלהלן:

גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67) 67 65 64 62 60 66

סוג התכנית	שם התכנית	הון			
		קצבה	עוז	אופן	עוגן
דמי-ניהול מההפקדה השוטפת		7%	8% יורד	0%	
דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר		1.25%	1.40%	2%	1%
סכום ההפקדה בש"ח	הפקדה חודשית				
	הפקדה חד-פעמית				

מסלול ההשקעה	מסלול ההשקעה - המשך	% השקעה	% השקעה
1. מניות	6. כללי (2)		
2. אג"ח ופקדונות	7. כללי (3)		
3. מט"ח	8.		
4. שקלי	9.		
5. כללי (1)			

הערה: אם לא נבחר מסלול השקעה, יופקדו הכספים במסלול כללי (3). סה"כ 100%

ד. ביטוחים משלימים לקרן הפנסיה

משלים לפנסיות נכות

אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור במקרה אבדן כושר עבודה;

אפשר להוסיף ב"קלאסי" ובסדרת "הכנסה בטוחה" שהיא כביטוח יסודי בלבד ש"ח _____

המבוטח הראשי עמית בקרן הפנסיה _____ המשכורת בקרן הפנסיה היא _____ ש"ח _____

הצהרת המעביד והמועמדים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המעביד /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. **1. הצהרת המועמד לביטוח (המבטח)**
 אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה עליי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח עליי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח בנין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הצהרת המעביד

אני מצהיר, ומתחייב בזה כי כל המידע והנתונים בהצעה שמולאה עליי הם נכונים, מלאים וישמשו בסיס להוצאת הפוליסה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנה. המבטח לא יהיה אחראי בגין מידע שגוי ו/או נתונים שגויים שנמסרו עליי כאמור.

ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ג. ידוע לי/ינו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.

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

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

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

ייתור על סודיות וקשר עם הלקוח

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אליי שגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על-פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסימילה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ חתימת המעביד (X)

שם החותם _____ תפקיד _____ חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח השני (XX)

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

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

תאריך _____ חתימת המבוטח הראשי (X)

הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות עליי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי

תאריך _____ חתימת המבוטח הראשי (X)

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך _____ חתימת המעביד (X) חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח השני (XX)

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

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 למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל יחייבו את המבטח רק משאשרו בכתב על-ידו או עליי תתם מוסמך מטעמו.

תאריך _____ חתימת המעביד (X) חתימת המבוטח הראשי (X) חתימת המבוטח השני (XX)

הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח ואת המעביד את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ _____ חתימת המבוטח הראשי _____ חתימת המבוטח השני _____

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"/>			
מועמד ראשון	שם הרופא המטפל	מקצוע	תחביב	עיסוק	תחביב	מועמד שני
מועמד שני	שם הרופא המטפל	מקצוע	תחביב	עיסוק	תחביב	מועמד ראשון
	שם הרופא המטפל	מקצוע	תחביב	עיסוק	תחביב	מועמד שני
	שם הרופא המטפל	מקצוע	תחביב	עיסוק	תחביב	מועמד ראשון

1				שאלון מבוא כללי				ילדים עד גיל 18 - שמות			
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא				1		2	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים							
				2. מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים - אם כן, פרט בשאלון א' בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים"							
				3. עישון - האם מעשן היום <input type="checkbox"/> סיגריות - אם כן, פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 <input type="checkbox"/> עד 40 <input type="checkbox"/> עד 60 <input type="checkbox"/> יותר מ-60 <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת							
				3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות							
				3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל							
				4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר							
				5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים							
				6. נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו							
				7. טרם ניתנו כל החיסונים הנדרשים עלידי משרד הבריאות בהתאם לגילו - נא לרשום את גיל הילד							

2				שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים				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? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.				1		2	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות							
				2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי							
				3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומטורקס, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה							
				4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או חוסר, גזזת							
				5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב, מום בלב, איוושה, פריקרדיטיס (דלקת קרום הלב), צינתור, טרומבоза, תסחיף, מפרצת באאורטה							
				6. במערכת העיכול ובקעיים: לרבות חזזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסרון, מחלת קרוהן, אולצרטוב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס							
				7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל							
				8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כלליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).							
				9. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית: לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון (GOUT, FMF)							
				10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון							
				11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך							
				12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן							
				13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה, בכטרב							
				14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות הפרדות רשתית, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 8, אובאיטיס, קרטוקונוס, ירידה בשמיעה, מחלת מנייר, טינטון, יבלות במיתרי הקול							
				15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, הפלות חוזרות, היריון, אשך טמיר							
				16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (אבת), פבריומיאלגיה							

יז. 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 הנוסף 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 בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט

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

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

לא, חתום כנדרש בסוף שאלון לפוליסת ביטוח חיים זה.

כן, נא פרט

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

הפעולות	לא	כן
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי		
בהפקדה שוטפת 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 המבוטח הרשאי _____ חתימת המבוטח השני **XX**

תאריך הסוכן _____ חתימת הסוכן

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

יח. פרטי כרטיס האשראי (כביטוח פרטי בלבד)

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

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 שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי **X**

יט. הרשאה לחיוב חשבון בנק

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

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

מכתובת _____

2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו ה"ל בסניפכם בגין הפקדה שוטפת/פיקודת שוטפת לביטוח בסכומים ובמועדים שיומציאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

3. א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מני/מאתנו בכתב לנכח ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בנכח, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דף.
ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על-כך תימסר על-ידינו/נבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לנכח, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילומים, הם נכונים ושלילי/נו להסדר עם המוסב.

5. 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.

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

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

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

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההוצאה כפי שייקבעו בפוליסה/ותוספותיה/.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון **X**

צוות _____

מ/77 15969 ר"ה 5.2.2010

בקשת הצטרפות לקופת גמל/לקרן השתלמות

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

העברת כספים בלבד הפקדות בלבד העברה + הפקדות

קופת הגמל/קרן ההשתלמות הנבחרת:

טופס 1 מתוך 2 (טופס 1 = בקשת הצטרפות; טופס 2 = בקשה להעברת כספים)

מספר חשבון הקופה

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

<input type="checkbox"/> כלל פיננסים גמל כללי (מ"ה 1128) <input type="checkbox"/> כלל מושלם תגמולים (מ"ה 689) <input type="checkbox"/> כלל גמל תגמולים (מ"ה 444) <input type="checkbox"/> כלל גמל ענבר (מ"ה 377)	<input type="checkbox"/> כלל גמל דגש איתן (מ"ה 117) <input type="checkbox"/> כלל מושלם תגמולים (מ"ה 460) <input type="checkbox"/> כלל גמל ענבר (מ"ה _____)	<input type="checkbox"/> כלל מעלות (מ"ה 819) <input type="checkbox"/> כלל מושלם השתלמות (מ"ה 721) <input type="checkbox"/> קרן השתלמות מנהלים (מ"ה 456)	<input type="checkbox"/> כלל גמל קהילה (מ"ה 746)
---	--	---	--

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

מעמד <input type="checkbox"/> שכיר (הפקדות מקבילות של עובד ומעביד) <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> בעל שליטה <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> אחר	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	מספר טלפון בית _____ מספר טלפון נייד _____ e-mail _____ רחוב _____ מספר _____ יישוב _____ מיקוד _____
להפקדות בקופת גמל/קרן השתלמות (עמית במעמד עצמאי בלבד): סכום ההפקדה _____ ש"ח. תאריך התחלת הבטייה _____ אופן התשלום: <input type="checkbox"/> בהוראת קבע <input type="checkbox"/> בהמחאה	שם המעסיק _____ מספר זהות/ח"פ/ח"צ של המעסיק _____ מספר הטלפון של המעסיק _____	כתובת המעסיק _____ רחוב _____ מספר _____ יישוב _____ מיקוד _____ e-mail _____

ב. התחייבות המעסיק

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

קופת גמל (סמן ✓ במקום המתאים):

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

על-חשבון פיצויים (לא יותר מ-8.33% משכר העובד - על-ידי המעסיק).
 את התשלומים מא לגבות: _____ % תשלום המעסיק _____
 בהוראת קבע קיימת בהוראת קבע חדשה (מצ"ב) בהמחאה

תשלומים שוטפים: יכוי חודשי ממשכורת העובד בשיעור _____% (לא יותר מ-2.5%) בצירוף השתתפותו בשיעור _____% (לא יותר מ-7.5%) החל ממשכורת חודש _____ שנת _____.

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

תאריך _____ חתימת וחותמת המעסיק _____

ג. מינוי מוטבים

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

השם המלא	מספר הזהות	הקרבה	המין ז / ב	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 מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, ואני מצהיר כי ידוע לי שההצטרפות תזכה אותי בכל הזכויות והיתרונות המוקנים לעמיתים על-ידי תקנות ההתאגדות של חברתכם, כפי שיהיו בתוקף מפעם לפעם, וכי אריה כסוף לכל התנאים, הוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקרן אשר תמנה על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי את הוראות התקנות של הקרן/הקופה אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת, באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום לעיל.

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

אני מעוניין לפנות מטעם לפעם אל הקרן/הקופה באמצעות הפקס/מילא/או הטלפון, למתן הוראות ליצוב פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע סלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקרן/הקופה תהיה פטורה מכל אחריות לנזק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישור או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי פעולה כלשהי של הקרן/הקופה בהתאם לבקשה זו, ובמידה ומבלי לנזעזע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי

הקוד הסודי _____ ישלח אלי בדואר רשום, וידוע לי כי אין ולא יכולה להיות לחברתכם שליטה על מקבל הקוד הסודי ו/או העושה בו שימוש.

תאריך _____ חתימת העמית _____

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

אישור חתימת העמית (על-ידי הסוכן/נציג הקופה)

העמית זוהה על-ידי ופרטיו אומתו ותצלום תעודת זהות/הדרכון (לתושב חוץ) שלו נאמן למקור, מצורך לטופס זה.

שם _____ תאריך _____
 גורם מאשר _____ גורם מאשר _____

אישור נציג הקופה/הקרן

אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה.

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימת וחותמת הקופה/הקרן _____

הוראה לחיוב חשבון הבנק

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

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

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

לכבוד

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

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

- אני/ו החתום/ים מטה - שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק
- נתן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם באמצעי מגנטי על-ידי _____, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
 - הוראה זו ניתנת לביטול על ידי הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול _____, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על-כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 - הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר ל _____, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

תאריך	חתימות בעל/י החשבון
תאריך	חתימות בעל/י החשבון

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת

על-ידי _____, על-פי הסכם הרשאה עם הלקוח.

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

אישור הבנק

לכבוד

שם הקופה / הקרן _____
כלל פנסיה וגמל בע"מ
 רחוב נירים 2
 תל-אביב 67060

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

בכבוד רב,

מקור טופס זה על שני חלקי יישלח לסניף הבנק, העתק ימסר למשלם. _____ תאריך _____ בנק _____ סניף _____ חתימה וחומת הסניף