

# 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 לקופת הגמל המנוהלות על-ידי "כלל פנסיה וגמל בע"מ" ו/או לחברת הביטוח "כלל חברה לביטוח בע"מ" 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 ובהעתק ("נייר כימיי"). 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.

במסגרת הצעה לביטוח זו אפשר לרכוש גם את התכניות "פרופיל הדור החדש - איש", "פרופיל הדור החדש - עצמאי" ו-"קלאסי".

## סוכן יקר, באחריותך לוודא:

- מילוי ההצעה על כל פרטיה;
- חתימות במקומות הנדרשים;
- מילוי שאלון ההחלפה בעמוד 6;
- צירוף טופס גילוי נאות, חתום על ידי המועמד לביטוח.

שם הסוכן	מספרו	לתשומת לבך! אפשר לעיין בתנאי הפוליסה המלאים בכתובת אתר האינטרנט www.clal.co.il טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספרי התאמות		

**הצעה לביטוח "פרופיל הדור החדש - מנהלים" /או הצטרפות לקרן פנסיה ו/או לקופת גמל א. פרטי המעביד**

השם	מספר החברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק ב"כלל"
הכתובת	מיקוד	דוא"ל	
שם איש הקשר	מספר הטלפון	מספר הפקס	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> אופן חודשי <input type="checkbox"/> אופן הגבייה <input type="checkbox"/> הו"ק (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> הודעת תשלום <input type="checkbox"/> גביה מפוליסה קיימת <input type="checkbox"/>

**ב. פרטי המבוטח - העובד - לפי הרשום בתעודת הזהות** (אם לא מבוקש מועמד שני ומצטרפים לקרן הפנסיה, יש למלא בטור "המועמד השני" פרטים אישיים במסגרת המודגשת בלבד) (המועמד לעמית בקרן הפנסיה - אם מבוקש)

המועמד הראשי לביטוח		פרטים		המועמד השני לביטוח	
המספחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	מס' זהות	המספחה	הפרטי
ס"ב	19	תאריך לידה*	מין	ס"ב	19
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____	מצב משפחתי	מין	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים _____
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים	האם אתה מעשן או שעישנת ב-3 השנים האחרונות?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חייך?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הפסקתי לפני _____ שנים
המקצוע / העיסוק	המקצוע / העיסוק	האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חייך?	האם יש סיכון מיוחד במקצועך ובאורח חייך?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט ומלא שאלון תחביבים _____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט ומלא שאלון תחביבים _____	תחביב מסוכן לדוגמה: צלילה, טיסה, דאיה וכד'	תחביב מסוכן לדוגמה: צלילה, טיסה, דאיה וכד'	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט ומלא שאלון תחביבים _____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט ומלא שאלון תחביבים _____
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	מיקוד	מספר הפקס
דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	האם נדחתה או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	האם נדחתה או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה לתקופה של יותר מחודשיים?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט-_____
<b>המוטבים במות המבוטח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה	
חלק ב- %	יחס קרבה	רשום ח"פ	לפי צוואה <input type="checkbox"/>	יורשים חוקיים <input type="checkbox"/>	לפי צוואה <input type="checkbox"/>

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

שם הילד	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"/>

**ג. פרטי הילדים**  
צירוף ילדים לכיסויים ביטוחיים יהיה לפי הרשימה המפורטת בהצהרת הבריאות. גיל כניסה מקסימלי 17 (כולל) אם אתה מצטרף לקרן הפנסיה עליך לרשום את כל הילדים עד גיל 21

תאריך התחלת הביטוח	תאריך התחלת עבודה אצל מעביד*	משכורת חודשית של המבוטח	מועד תשלום הפקדה	מבוסס על _____
20		ש"ח _____	חודשית ראשונה _____	משכורת בשנה אחת
* בהיעדר נתון זה יהיה תאריך זה לתאריך התחלת הביטוח				

ה. הפרשות מהמשכורת

<p>על חשבון המעביד ההוצאה המוכרת בנין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה - היא עד 7.5% לפיצויים _____% לאבדן כושר עבודה (כאחוז מהשכר לפוליסה בלבד)</p> <p>לתגמולים _____% עד _____% והיתרה מתוך התגמולים</p> <p>בלא מגבלה _____% עד _____% והיתרה על חשבון העובד</p>	<p>על חשבון העובד</p> <p>לתגמולים _____% עד _____% (כאחוז מהשכר לפוליסה בלבד)</p> <p>על פי _____% עד _____% והיתרה מתוך התגמולים</p> <p>סעיף 45% _____% בלא מגבלה</p>
---	---

ו. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית וסוג הפוליסה

<p>גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 67) <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60</p>	<p>פוליסה מסוג "פרופיל הדור החדש- מנהלים" _____</p>
<p>סוג התכנית _____</p> <p>שם התכנית _____</p>	<p>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 המשכורת המבוטחת בכל תכנית ביטוח.</p> <p>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.</p> <p>שים לב, במקרה זה אם נרכש שחרור מתוך הפרשות, לא יירכש בפוליסה "אופק לא משלמת לקצבה" שחרור במקרה של אבדן כושר עבודה.</p>
<p>סוג התכנית</p> <p>דמי ניהול מההפקדה השוטפת</p> <p>דמי ניהול מהחיסכון המצטבר</p>	<p>13% יורד</p> <p>8% יורד</p> <p>1%</p>
<p>לא משלמת לקצבה</p> <p>אופק _____</p>	<p>7% _____%</p> <p>0% _____%</p> <p>2% _____%</p>
<p>גמל והשתלמות</p> <p>הצטרפות לקרן השתלמות</p> <p>העברת כספים חד-פעמיים ל"כלל גמל"</p>	<p>1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית</p> <p>2. מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה</p>
<p>מלא בעמודים 10 - 11</p>	<p>אם סומן, ודא מילוי הטופס בעמוד 9 וחתמות בהתאם</p>
<p>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.</p>	

ז. זכויות בלא תנאי / הסכם עבודה

<p>2. הסכם עבודה - לפי סעיף 14 (נא סמן במקום המתאים)</p> <p>2.1 על מלא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה).</p> <p>2.2 שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור ההפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק).</p> <p>2.3 שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.</p>	<p>1. זכויות בלא תנאי _____ מיידית</p> <p>_____ לאחר 3 שנים</p> <p>פוליסה וקרן הפנסיה _____ פוליסה _____ קרן הפנסיה</p> <p>ידוע לי כי משמעות סעיף זה היא מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הכספים יועברו אוטומטית לידי המבוטח, כאשר תסתיים עבודתו אצלי מכל סיבה שהיא ולא אוכל לקבל החזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח.</p>
---	--

ח. הפקדה שוטפת לפי סעיף 247(ב2) (מוכר כקופת ביטוח) בפוליסה בכרמיה גבוהה יש למלא "הצהרת הלבנת הון"

<p>פוליסה נפרדת מפוליסת המנהלים מסוג פרופיל הדור החדש. 100% מההפקדה השוטפת בתכנית משלמת לקצבה.</p> <p>גובה המשכורת _____ ש"ח</p> <p>_____ % לסעיף 47 ב (2).</p>	<p>סוג התכנית _____</p> <p>שם התכנית _____</p> <p>דמי-ניהול מההפקדה השוטפת</p> <p>דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר</p>
<p>פרופיל הדור החדש עצמאי</p> <p>המוטב בתום תקופת הפוליסה הוא תמיד המבוטח</p>	<p>13% יורד</p> <p>8% יורד</p> <p>1</p>
<p>משלמת לקצבה</p> <p>אופק _____</p>	<p>7% _____%</p> <p>0% _____%</p> <p>2% _____%</p>

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

<p>אישור המעביד למבוטח לשנות בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14</p> <p>תאריך _____</p> <p>חתימת המעביד _____</p>	<p>המסלול _____</p> <p>_____ % השקעה</p> <p>_____ % השקעה</p>
<p>סעיף _____</p> <p>תגמולים _____</p> <p>פיצויים _____</p>	<p>המסלול-המשך</p> <p>6. כללי (1)</p> <p>7. כללי (2)</p> <p>8. כללי (3)</p> <p>9.</p>
<p>סעיף _____</p> <p>תגמולים _____</p> <p>פיצויים _____</p>	<p>סה"כ</p>

מתוך "פרופיל הדור החדש - מנהלים"			מתוך "פרופיל הדור החדש 47 ב' (2)"		
הכיסוי	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח	הכיסוי	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות <input type="checkbox"/> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר	מס' משכורות _____ סכום ביטוח _____ ש"ח	עד תום תקופת הפוליסה	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות <input type="checkbox"/> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר	מס' משכורות _____ סכום ביטוח _____ ש"ח	עד תום תקופת הפוליסה
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> פלוס בטוחה <input type="checkbox"/> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b>	מתוך התגמולים _____% מהמשכורת בפוליסה	עד תום תקופת הפוליסה	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> פלוס בטוחה <input type="checkbox"/> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b>	מתוך התגמולים _____% מהמשכורת בפוליסה	עד תום תקופת הפוליסה
<input type="checkbox"/> 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 - _____			<input type="checkbox"/> 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 - _____		
<input type="checkbox"/> נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי					

\* סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי כפוף: א. למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי. ב. נרכש מעל ההפרשות לפי מגבלת התקציב.

יא. הפקדות חד-פעמיות

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל			הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל		
מטרת ההפקדה	פיצויים	תגמולים	מטרת ההפקדה	פיצויים	תגמולים
<b>למשומת לבך:</b> הפקדה חד-פעמית תופקד לפוליסה מסוג <b>אופק</b> . במקרים בהם בחר המבוטח להפקיד הפקדה שוטפת לתכנית מסוג עוגן או עוז, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בטופס הצעה זה, בכפוף להסדר התחיקתי.			<b>למשומת לבך:</b> 1. בהעברות 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 למחותם. 4. בפוליסה בכרטיס גבוה יש למלא "הצהרת הלבנת הון"		
<b>סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה</b>	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מעמד העמית בקופה המקבלת	<b>סוג הקופה המעבירה</b>	<b>סוג התכנית המבוקשת</b>	<b>סוג הקופה המעבירה</b>
<b>כספים הוניים</b>	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<b>כספים מקופה לא משלמת לקצבה</b>	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה
<b>כספים מקופה משלמת לקצבה</b>	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה		<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה

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


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

הרכב המנה	הכיסוי הביטוחי במנה	לגיל	סכום הביטוח הש"ח והערות
<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	ספיר בכרטיס משתנה כל שנה	70	100,000
	אחריות לחיים בכרטיס משתנה כל 5 שנים	70	50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח
	נכות מתאונה	65	50,000
<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	ספיר בכרטיס משתנה כל שנה	70	100,000
	אחריות לחיים בכרטיס משתנה כל 5 שנים	70	50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח
	נכות מתאונה	65	50,000
<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	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	64	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
	הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה, 3 חודשי המתנה	67	השחרור יהיה לפי הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס בהתאם לעיסוק
	ספיר בכרטיס משתנה כל שנה	70	100,000
<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	אחריות לחיים בכרטיס משתנה כל 5 שנים	70	50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח
	נכות מתאונה	65	50,000
	נכות מקצועית	65	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
<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	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	64	50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח
	הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה, 3 חודשי המתנה	67	השחרור יהיה לפי הכנסה בטוחה או הכנסה בטוחה פלוס בהתאם לעיסוק

# י.ג. כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת בלבד מתוך "פרופיל הדור החדש - אישי" או "קלאסי"

למלא אופן התשלום: בביה מפוליסה קיימת או כרטיס אשראי או הרשאה או הרשאה לחיוב חשבון הבנק בעמוד 6  
 אם נבחר פרופיל הדור החדש - אישי - יש למלא את הוראות צו איסור הלבנת הון. **על חשבון:**  עובד  מעביד

## כיסויים ביטוחיים

מועמד שני (פוליסה נפרדת)			סוג הכיסוי	מועמד ראשי			
סוג הפוליסה	סכום הביטוח בש"ח	לגיל		סוג הפוליסה	סכום הביטוח בש"ח	לגיל	
"פרופיל הדור החדש - אישי"	ש"ח _____	עד תום תקופת הפוליסה	ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חיטון מצטבר (רק לראשי) <input type="checkbox"/> לא כולל חיטון מצטבר	"פרופיל הדור החדש - אישי"	ש"ח _____	עד תום תקופת הפוליסה	
"קלאסי" (בפוליסה נפרדת)	ש"ח _____	70	<b>ספיר בפרמיה משתנה</b> <input type="checkbox"/> כל שנה <input type="checkbox"/> כל 5 שנים	"קלאסי" (בפוליסה נפרדת)	ש"ח _____	70	
"קלאסי" (בפוליסה נפרדת)	ש"ח _____ לתקופה _____ שנים	גיל תום מקסימלי - גיל 70	<b>ברקת בפרמיה משתנה כל שנה</b>	"קלאסי" (בפוליסה נפרדת)	ש"ח _____ לתקופה _____ שנים	גיל תום מקסימלי - גיל 70	
			1. <input type="checkbox"/> ביטוח יסודי				<input type="checkbox"/> ביטוח יסודי
			2. <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף				<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף
	ש"ח _____ לתקופה _____ שנים		3. <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף		ש"ח _____ לתקופה _____ שנים		
	ש"ח _____	65	מוות מתאונה		ש"ח _____	65	
	ש"ח _____	65	נכות מלאה או חלקית מתאונה		ש"ח _____	65	
	ש"ח _____	70	אחריות לחיים		ש"ח _____	70	
<b>גיל הכניסה המרבי הוא 17 שנים</b>			נכות מתאונה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות		ש"ח _____	21	
<b>גיל הכניסה המזערי הוא שנה והמרבי 17 שנים</b>			רפואה שלמה לילד לכל הילדים הרשומים בהצהרת הבריאות		ש"ח _____	21	
<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> כפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> כפרמיה משתנה מדי שנה <input type="checkbox"/> לקלאסי בלבד <input type="checkbox"/> שחרור מדי שנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <b>תקופת המתנה:</b> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> מורחב			אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 אם לא סומנה אחת מן האפשרויות, הביטוח ירכש לגיל 67 <b>ביטוח אובדן כושר עבודה</b> למלא אם מבוקש פיצוי לאובדן כושר עבודה 	<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה פלוס <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> כפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> כפרמיה משתנה מדי שנה <input type="checkbox"/> לקלאסי בלבד <input type="checkbox"/> שחרור מדי שנה <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <b>תקופת המתנה:</b> <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> מורחב			
ש"ח _____			סכום הפיצוי החודשי בש"ח	ש"ח _____			
<b>סכום הפיצוי החודשי שישולם בקרות מקרה הביטוח, לא יעלה על הגבוה מבין 75% מהכנסותיך לביין הפיצויים החודשיים המגיעים לך מכל גוף מוסדי והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</b>							
ש"ח _____	65	משלים אובדן כושר עבודה (לצוארון הלכן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד (לא יותר מ- 5,000 ש"ח) חובה לרכוש "הכנסה בטוחה" או "הכנסה בטוחה פלוס"		ש"ח _____	65		
<b>תום התקופה לכל אחד מהכיסויים הוא לפי הרשום לעיל, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח היסודי</b>							
<input type="checkbox"/> משלים לפנסיית נכות עד גיל 65, תקופת המתנה 3 חודשים. אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור במקרה אובדן כושר עבודה מסוג "הכנסה בטוחה פלוס". סכום הביטוח ש"ח. המועמד הראשי עמית פעיל בקרן הפנסיה.							

**ההצעה למועמד הראשי והמועמד השני, מהוות הצעות נפרדות ועצם הסכמת חברת הביטוח לבטח את המבוטח הראשי או השני, אינה מהווה בהכרח הסכמה לבטח את המבוטח השני או הראשי בהתאמה.**

**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

מסלול ההשקעה	% השקעה
6. כללי (1)	
7. כללי (2)	
8. כללי (3)	
100%	סה"כ

מסלול ההשקעה	% השקעה
1. מניות	
2. אג"ח ופקדונות	
3. מטי"ח	
4. שקלי	
5. כהלכה (תכלת)	

סוג התכנית	הון				קצבה
	איתן	עוז	אופק	עוגן	
דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	13% יורד	8% יורד	0%	7% <input type="checkbox"/>	
דמי-ניהול מהחיטון המצטבר	1%	1.40% <input type="checkbox"/>	2% <input type="checkbox"/>	1.25% <input type="checkbox"/>	
סכום ההפקדה בש"ח					
הפקדה חודשית					
הפקדה חד-פעמית*					

הערה: אם לא נבחר מסלול ההשקעה, יופקדו הכספים במסלול כללי (3). סה"כ \* הפקדה חד-פעמית תופקד לפוליסה מסוג אופק. במקרים בהם בחר המבוטח להפקיד הפקדה שוטפת לתכנית עוגן או עז, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בטופס הצעה זו.

**הצהרת המעביד והמועמדים לביטוח**

אני/ו החתום/ים מטה, המעביד ו/או המועמדים לביטוח, מבקשים בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמדים/לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות. **א. הצהרת המועמד לביטוח (המבוטח)**  
אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמת/נו 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 על ידי/נו וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לענין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינינו לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

**2. הצהרת המעביד**  
אני מצהיר, ומתחייב בזה כי כל המידע והנתונים בהצעה שמולאו על-ידי הם נכונים, מלאים וישמשו בסיס להוצאת הפוליסה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנה. המבטח לא יהיה אחראי בגין מידע שגוי ו/או הנתונים שגויים שנמסרו על-ידי כאמור.

**ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי** קיבולה או דחייתה של הצעת/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.  
**ג. ידוע לי/נו כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.**

**ד. אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני יועצ/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן המוצר/ים הנכרים בהצעה.**

**ה. בביטוח משלים לפנסיית נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו היית/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה.**  
**ו. אני/ו מצהיר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החדשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 75% מהכנסתי/נו ומתחייב/ים להודיע לחברה על כל מקרה של שינוי במקצוע/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.**  
**ז. כל הפרטים שנסמרו ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צרכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שישפיק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות עפ"י שיקול דעתה של החברה.**

**ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח**

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שנסמרו לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אליי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת 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 פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

**ולראיה באתי/נו על החתום:**

תאריך	חתימה וחותמת מעסיק	_____
שם החותם	תפקיד	_____
חתימת המועמד הראשי	_____	_____
חתימת המועמד השני	_____	_____

**הצהרה והסכמה בענין יעוץ השקעות בפוליסות פרופיל הדור החדש (חובה לחתום אם נרכש פרופיל הדור החדש אישי)**

הביטוח אינו רשאי לייעץ לגבי ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה, אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם יועץ/משווק השקעות מורשה מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות ותשואות.

אני מצהיר ומסכים בזה: ידוע לי כי על-פי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצ/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות ניירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן

תאריך	חתימת המועמד הראשי	_____
-------	--------------------	-------

**הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני**

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע

שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך	חתימת המועמד הראשי	_____
-------	--------------------	-------

**אישור תנאי קבלה מיוחדים**

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

תאריך	חתימת המעביד	_____	חתימת המועמד הראשי	_____	חתימת המועמד השני	_____
-------	--------------	-------	--------------------	-------	-------------------	-------

**מינוי הסוכן כשלוח המבוטח**

סוכן הביטוח הרשום בהצעה זו, מתמנה בזה להיות שלוחי ומתבקש בזה לפעול מטעמי לענין המו"מ לקראת כריתת חוזה הביטוח עם המבטח ולענין כריתתו.

מסמכים ו/או בקשות שיועברו למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל, יחייבו את המבטח רק משאשורו בכתב על-ידי או על-ידי חתם מוסמך מטעמו.

תאריך	חתימת המעביד	_____	חתימת המועמד הראשי	_____	חתימת המועמד השני	_____
-------	--------------	-------	--------------------	-------	-------------------	-------

**הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני**

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

תאריך	חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ	_____
-------	-----------------------------	-------

**טו. שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח חיים - למילוי בהצעה חדשה לביטוח חיים (סעיף 4 א' בחוזר המפקח)**

הפעולות		מועמד ראשון		מועמד שני	
		כן	לא	כן	לא
יבטלו					
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.					

הפעולות		מועמד ראשון		מועמד שני	
		כן	לא	כן	לא
בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי					
בהפקדה שוטפת ו/או בסכומי הביטוח					

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי X

\_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני XX

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכן (X)

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות (X)

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי X

\_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני XX

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכן (X)

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות (X)

כדי לברר אם ככוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שכרשותך, אנכ בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולות החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

**1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף?**  
 לא, עבור לשאלה 2  
 כן, נא פרט

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

**2. האם בידך נספחים (ריזידים) בתוקף לפוליסות הביטוח?**  
 לא, חתום כנדרש בסוף השאלון לפוליסת ביטוח חיים  
 כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסה חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: ←

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

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן (X)

\_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות (X)

**טז. גבייה מפוליסה קיימת - שים לב, בעל הפוליסה חייב להיות זהה לבעל הפוליסה בהצעה זו**  
 נא לנבות על-פי הסדר הגבייה בפוליסת ביטוח חיים מספר \_\_\_\_\_

**זי. פרטי כרטיס האשראי - (לפוליסה פרטית בלבד ולא לקרן הפנסיה)**

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

שובר זה נחתם על-ידי, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בעימי להעביר למנופיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנופיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

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

**יח. הרשאה לחיוב חשבון הבנק (לפוליסה פרטית בלבד)**

לכבוד \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ הכתובת \_\_\_\_\_

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

2. ידוע לי/לנו כי: \_\_\_\_\_

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוסד. \_\_\_\_\_

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

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, וכל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. \_\_\_\_\_

6. הבנק רשאי להוציא/לנו מן הסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סביבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. \_\_\_\_\_

7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בעימי, בספח המחובר לה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו. \_\_\_\_\_

פרטי ההרשאה \_\_\_\_\_

סכום החיוב ומועד ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בעימי, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ת ותוספותיה/ן

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון X

\_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף

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

**לכבוד** \_\_\_\_\_ **בנק** \_\_\_\_\_ **סניף** \_\_\_\_\_ **הכתובת** \_\_\_\_\_

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

2. ידוע לי/לנו כי: \_\_\_\_\_

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוסד. \_\_\_\_\_

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

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, וכל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. \_\_\_\_\_

6. הבנק רשאי להוציא/לנו מן הסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סביבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. \_\_\_\_\_

7. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בעימי, בספח המחובר לה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו. \_\_\_\_\_

פרטי ההרשאה \_\_\_\_\_

סכום החיוב ומועד ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל חברה לביטוח בעימי, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ת ותוספותיה/ן

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון X

\_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף

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

## י.ט. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי פרטי המועמדים לביטוח

כתוב בלשון יחיד, תקף גם ללשון רבים

שם המשפחה		שם פרטי		מספר זהות		מין		תאריך לידה		משקל בק"ג		גובה בס"מ	
מועמד ראשון						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
מועמד שני						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
ילדים 1						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
2						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
3						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ							
מקצוע		עיסוק		תחביב		מועמד שני		מקצוע		עיסוק		תחביב	
שם הרופא המטפל		קופת חולים		שם הרופא המטפל		קופת חולים							

שאלון מבוא כללי						1											
שמות - ילדים						מועמד ראשון				מועמד שני							
3		2		1		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
<b>השאלה / הנושא</b>																	
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 <b>א</b> בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים"																	
3. עישון - האם את 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 <input type="checkbox"/> נרגילה																	
3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות																	
3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ- 3 שנים ואי-חזרה לעישון כלל																	
4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר																	
5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים																	

שמות - ילדים						2											
שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים						מועמד ראשון				מועמד שני							
3		2		1		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
<b>האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן?</b>																	
על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.																	
אות השאלון																	
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 אובדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי																	
3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומורקס, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה																	
4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב ו/או הוסר, גזת																	
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, טרומבוז, תסחיף, מפרצת באאורטה																	
6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסרון, מחלת קרוהן, אולצרטיוס קולטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס																	
7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת לבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל																	
8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).																	
9. מחלה מטבולית ו/או אנדוקרינית (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, מריצת 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, כעת בהריון, אשך טמיר																	
16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פכירומיאליגה																	



ילדים - שמות						3 - שאלות נוספות		3				
3			2			1			מועמד ראשון		מועמד שני	
כ	לא	כן	כ	לא	כן	כ	לא	כן	לא	כן	לא	

פירוט לשאלות בשאלון מספר 3 בלבד להן ניתנה תשובה חיובית. בכל מקרה אחר יש למלא שאלון מתאים על פי ההפניה בשאלונים 1 ו-2.			
מספר שאלה	שם המועמד	תיאור	

הצהרת המועמדים לביטוח		הצהרת המועמדים לביטוח על יתור על סודיות רפואית	
א. אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן נכונות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.	א. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	א. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	א. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.
ב. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ב. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ב. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ב. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.
ג. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ג. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ג. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.	ג. אני מודיע ומסכים ומתחייב בזה כי כל המידע שהודע לי על-ידי המועמד/ה מידע על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על-פי הפוליסה להיפגע.
ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. דרוש לצורך ביורור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.	ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. דרוש לצורך ביורור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.	ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. דרוש לצורך ביורור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.	ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. דרוש לצורך ביורור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.
ה. בקשתו 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 חולים ו/או רופאים ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הניתלים.	ה. בקשתו 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 חולים ו/או רופאים ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הניתלים.	ה. בקשתו 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 חולים ו/או רופאים ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הניתלים.	ה. בקשתו 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 חולים ו/או רופאים ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הניתלים.
ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.	ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.	ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.	ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.
<b>ולראיה באתי/נו על החתום:</b>	שם המועמד הראשון לביטוח	שם המועמד השני לביטוח	שם המועמד השני לביטוח
תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____
תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____
תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____	תאריך _____ מספר זהות _____

מק"ט 159689 01\_12 01\_Design\_Life\_021

## בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - מיטבית - עתודות

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה

1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית  2. מיטבית - עתודות קרן כללית משימה

אם המעביד הוא לקוח עסקי חדש, יש למלא שם איש הקשר \_\_\_\_\_ ("להלן קרן הפנסיה") תפקיד \_\_\_\_\_

### א. חברות קודמת בקרן הפנסיה

שם הקרן	תאריך תחילת החברות	תאריך סיום החברות	שם המעסיק	<input type="checkbox"/> הודעתי על הפסקת הביטוח לנכות ולשאירים בקרן הקודמת <input type="checkbox"/> לא הודעתי דבר

ב. שאלות לזיהוי טלפוני (בעת פנייה טלפונית לקרן, תידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקרן)

באיזה בית ספר יסודי למדת \_\_\_\_\_ 2. נא רשום קוד בן 4 ספרות לזיהוי טלפוני \_\_\_\_\_

### ג. מסלולי פנסיה

1. אם בחרת בתכנית "מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית" -

נא בחר וסמן ב-✓ אחד מן המסלולים. עמית שלא בחר באחד מן המסלולים יבוטח ככרירת מחדל במסלול הבסיסי.

מסלול בסיסי  מסלול עתיר ביטוח נכות  מסלול עתיר חיטוכון  מסלול בסיסי נכות מינימלית  
 מסלול משפחה  מסלול עתיר ביטוח שאירים  מסלול עתיר חיטוכון בפרשה מוקדמת  מסלול בסיסי נכות מרבית

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.

**יותר על פנסית שאירים -** אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסית שאירים או על חלק ממנו אמא סמן (יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח).

**ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לבן/בת הזוג ולילדים**  **ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לבן/בת הזוג בלבד.**

יותר כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה נוספו לך בן/בת-זוג ו/או ילדים. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי, תוכל, בהודעה בכתב להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים וחוזר חלילה.

**הוויתור האמור אפשרי רק אם אין לך שאירים חוקיים כהגדרתם בתקנון הקרן.**

2. אם בחרת בתכנית "מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה" - מסלול הפנסיה שלך יהיה  מסלול זקנה

### ד. אפיקי השקעות

באפשרותך לבחור אפיק השקעות בו יושקעו כספיק הצבורים בקרן (נא לסמן ב-✓):

יהלום %  ספיר %  מסלול כהלכה (חושן) % \_\_\_\_\_  
(עמית שלא יבחר באחד מהאפיקים הרשומים לעיל, יבוטח באפיק השקעה "ספיר").

- אפשר לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה, באמצעות טופס מיוחד.
- אפשר לשנות את תמהיל ההשקעות עד 4 פעמים בשנה קלנדרית ולא יותר מפעם אחת ברבעון קלנדרי.
- אפשר לבחור תמהיל השקעות המורכב משני מסלולי השקעה בלבד.

### ה. הצהרת עמית

- ידוע לי כי התקשורתי בהתאם לטופס ההצעה, כמפורט לעיל, היא עם "כלל חברה לביטוח בע"מ", (להלן "המבטח") ועם כלל פנסיה וגמל בע"מ, החברה המנהלת את קרן הפנסיה הנבחרת ("החברה המנהלת"), כל אחת מהן בנפרד.
- 2.1 אני נותן בזאת את הסכמתי לך שהתשלומים לקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח, וכן שהסכומים אותם אני או מי מטעמי נהיה זכאים לקבל מקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח.
- 2.2 ידוע לי כי התחייבויות המבטח נפרדות מהתחייבויות קרן הפנסיה והן אינן קשורות זו לזו.
3. ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.
- 4.1 הפרטים שמסרת בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כן אני מתחייב להודיעכם על כל שינוי בפרטי האישיים.
- 4.2 ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכוונה או בידעין, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולדין.
- 5.1 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, מנן מלא, מין, תאריך לידה ומצב משפחתי. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המנן בהתאם לרשום במרשם התושבים.

- 5.2 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 מנהלים הן לצורך החברות בקרן הפנסיה.
- 5.3 כל הפרטים שמסרתי ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי הצורך במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שייספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות על-פי שיקול דעתה של החברה.
- 5.4 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 המוצרי/ המזכרים בהצעה.
6. **למפקיד בקרן מקיפה בלבד** - הפקדות העולות על התקרה: 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 פנייתו בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או עם המעסיק.

חתימת העמית

תאריך

# בקשת הצטרפות לקופת גמל / קרן השתלמות

מספר חשבון הקופה

החשבון נפתח לצורך:  העברת כספים בלבד  הפקדות בלבד  העברה והפקדות  
קופה / קרן מסלולית- יש לרשום את האחוזים המבוקשים בכל מסלול להלן אם לא בחר מסלול, יעברו ההפקדות השוטפות למסלול הכללי.

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לבני שני המינים.

קרנות השתלמות (לא מסלולית)	קרן השתלמות מסלולית		קופות גמל מסלוליות	
	כלל השתלמות		כלל גמל מסלולית	
<input type="checkbox"/> מעלות (מ"ה 819)	<input type="checkbox"/> כללי (מ"ה 456)	<input type="checkbox"/> כללי (מ"ה 444)	<input type="checkbox"/> כללי (מ"ה 1128)	<input type="checkbox"/> כלל גמל מסלולית
<input type="checkbox"/> מושלם השתלמות (מ"ה 721)	<input type="checkbox"/> שקלי קצר (מ"ה 1351)	<input type="checkbox"/> כללי דגש חזק (מ"ה 460)	<input type="checkbox"/> שקלי קצר (מ"ה 1127)	<input type="checkbox"/> שקלי קצר
<b>קופת גמל (לא מסלולית)</b>	<input type="checkbox"/> מ"ד (מ"ה 1348)	<input type="checkbox"/> כללי דגש איתן (מ"ה 117)	<input type="checkbox"/> מ"ד (מ"ה 1124)	<input type="checkbox"/> מ"ד
<input type="checkbox"/> מושלם תגמולים (מ"ה 689)	<input type="checkbox"/> מניית (מ"ה 1350)	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> מניית (מ"ה 1122)	<input type="checkbox"/> 100%
	<input type="checkbox"/> מניית ארגמן (מ"ה 1534)		<input type="checkbox"/> הילכתי הוד (מ"ה 1533)	<input type="checkbox"/> הילכתי הוד
	100%			100%

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

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
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד		
מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	e-mail			
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 לקופה / לקרן, אנו מתחייבים להעביר מדי חודש בחודשו תשלומים לקופה/לקרן, כמפורט לעיל:

מסכרו של העובד ש"ח \_\_\_\_\_

**קופת גמל (סמן ✓ במקום המתאים)**

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

על חשבון מיצויים  תשלום מעסיק % (לא יותר מ-8.33% משכר העובד על-ידי המעסיק).

את התשלומים נא לבנות:  בהוראת קבע קיימת  בהוראת קבע חדשה (מצ"ב)  בהמחאה/תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחומת המעסיק

ג. מינוי מוטבים

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

כאשר קיים ביטוח חיים קבוצתי - אני מאשר שהמוטבים הזכאים לתגמולי הביטוח, הם המוטבים הרשומים לעיל. בלבד שלא עברה על-ידי הודעה אחרת למבטח מאוחרת לחתימתי לטופס זה.

ד. הצהרת העמית

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, כי אחיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקופה/הקרן אשר תנוהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-כן יהיו זכאים לקבל את כל הכספים אשר הוראות התקנון של הקופה/הקרן אפשר לקבל בלא תשלום כמשרדי החברה המנהלת. באשר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/טלפון על-פי המען הרשום לעיל.

מיני  סוכן  יועץ מנייני  משווק מנייני (להלן "מפיץ מנייני"):

כל עוד לא הודעתי לכם בכתב אחרת, מתמנה בזאת על-ידי ומתבקש לפעול מטעמי בכל הקשור להצטרפות לקופה/הקרן והקשר עם החברה המנהלת, מסמכים, בקשות, הודעות והוראות שיועברו על-ידי המפיץ, יראו אותם כאלו נשלחו על-ידי ומטעמי. עם מינוי המפיץ כאמור לעיל, בטל כל מינוי של מפיץ אחר מטעמי.

אני מעוניין לנסות לפעם אל הקופה/הקרן באמצעות הפקסימיליה ואו הטלפון, לטות הוראות ליביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה לטות חיוב חשבוני בבנק) ואו לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקופה/הקרן תהיה פטורה מכל אחריות לטות, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישרין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי-פעולה כלשהי של הקופה/הקרן בהתאם לבקשה זו, ובמידה ומבלי לגרוע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הסמך לכך.

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מודע לכך, שהפרטים שמסרתי לחברה ואו לא מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוגת החברה לרבות נתונים בדבר לקוחותיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("הקבוצה") וכן למאגרי מידע נוספים הדרשים לצורך טות שירותים, ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפות וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין. אני מאשר כי הנתונים אשר יישמרו במאגר

המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי על-ידי החברה או על-ידי חברה אחרת בקבוצה, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי החברה. ידוע לי ומוסכם עלי כי הודעות עוליות, למעט דיווח שנתי לעמית, ימסרו לי באמצעות טלפון ואו הודעת פקס ו/או משלוח בדואר ואו הודעת SMS ואו משלוח בדואר אלקטרוני. אני מאשר שאני פועל בעבור עצמי ומתחייב להודיע לקופה/הקרן אם אפעל בעבור אחר. אני מאשר לחברה להעביר מידע על מצב חשבוני בקופה/הקרן באמצעות האינטרנט ואמצעים נוספים, ידוע לי כי אוכל לצפות בנתונים אלו באמצעות שימוש בקוד סודי, וכן אני מתיר להעביר את המידע הדרוש למפיץ הפועל בשמי כאמור להלן. אני מצהיר כי הובהר לי תמאי ההשקעה במסלול וכן הובהר לי כי תמאי ההשקעה במסלול כפופים בכל מקרה להוראות הדין ולתקנון הקופה.

אני פוסט בזאת את החברה ובכפוף להוראות תקנות הקופה אני פוסט בזאת את החברה מכל אחריות לכל מק ואו אובדן/או הפסד ואו הוצאה שנגרמה לי כתוצאה ואו בין משהו או מחדל שלי ואו של מי ממורשי ואו בין ואו כתוצאה מפעולות תיק ההשקעות בחשבון, התשואות בין ההשקעות בחשבון ואו טיבן של ההשקעות בחשבון ואו בין ואו כתוצאה מפעולות בחשבון שבוצעו על-פי הוראתי ואו הוראת מי ממורשי ואו כתוצאה ואו בין אי-ביצוע פעולות מכל סוג שהוא בחשבון ובלבד שאי הביצוע כאמור לא נבע ממחדל מכוון של החברה המנהלת. הקוד הסודי ישלח אלי בדואר רשום, וידוע לי כי אין ולא יכול להיות לחברתכם שליטה על מקבל הקוד הסודי ואו העושה בו שימוש.

חתימת העמית  תאריך \_\_\_\_\_

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

הצהרה לעמית עצמאי בקרן השתלמות - סעיף זה נועד רק למבקשים להצטרף לקרן השתלמות המעמד עצמאי אני מצהיר כי הפקדותי כעמית עצמאי לקרן השתלמות תהינה רק כנגד "הכנסה קובעת" וביום בו אחדל מלהיות עצמאי אודיע לקרן על כך ואחדל מההפקדות כאמור.

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם גורם מאשר \_\_\_\_\_

אישור ביג הקופה/הקרן  
אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה/הקרן

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

# הוראה לחיוב חשבון בנק

## קופות קלאסיות

- (קוד מוסד 7909) כלל איתן  
 (קוד מוסד 27289) כלל השתלמות

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

## קופות בנק לאומי

- (קוד מוסד 7729) מושלם השתלמות  
 (קוד מוסד 7729) מושלם תגמולים

## קופות בנק הפועלים

- (קוד מוסד 900) מעלות  
 (קוד מוסד 900) כלל גמל מסלולית

החייב	לחייב החל משנה/מחודש	יום החייב בחודש	סכום החייב החודשי
<input type="checkbox"/> סכום קבוע <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד דולר	2   0   1	25 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	

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

בנק	סניף
כתובת הסניף	

שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק	מספר זהות
רחוב	מספר
ישוב	מיקוד

1. אני/ו החתום/ים מטה

- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החייב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין 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/נו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר לכלל פנסיה וגמל בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

תאריך \_\_\_\_\_ חותמת המעסיק \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימות בעל/י החשבון \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימות בעל/י החשבון \_\_\_\_\_

נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם באמצעי מגנטי על-ידי **כלל פנסיה וגמל בע"מ**, כמפורט מטה ב-**"פרטי ההרשאה"**.

- ידוע לי/לנו כי:
  - ההוראה זו ניתנת לביטוח על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולכלל פנסיה וגמל בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על-כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החייב.
  - אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מ-90 ימים ממועד החייב, אם אוכח/נוכיח לבנק, כי החייב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

פרטי ההרשאה - סכום החייב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל פנסיה וגמל בע"מ, על-פי הסכם עם הלקוח.

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

## אישור הבנק

## בכבוד רב,

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

## לכבוד

**כלל פנסיה וגמל בע"מ**

רחוב נירים 2 תל-אביב 67060

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתצוינו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נכם 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 יגבע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השימושי שנחתם על-ידיכם.

**מקור טופס זה על שני חלקיו יישלח לסניף הבנק, ההעתק יימסר למשלם.**

## לכבוד

בנק \_\_\_\_\_

סניף \_\_\_\_\_

נא לחייב את הלקוח בשם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ בסניף \_\_\_\_\_  
בחשבונו מספר \_\_\_\_\_ בסכום של \_\_\_\_\_ ש"ח מדי חודש החל מתאריך \_\_\_\_\_