

**לתשומת לבך!** באפשרותך לעיין בתנאי הפוליסה המלאים ולהצטרף לשירות אחזור מידע פנסיוני בכתובת אתר האינטרנט [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

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

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

## בקשה לביצוע שינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסות ביטוח מנהלים (הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול)

### א. פרטי המעסיק

שם	מספר חברה (ח.פ.)/עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק בכלל
רחוב	מספר ת.ד.	יישוב	מיקוד
שם איש קשר	מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני
אופן הגבייה	אופן התשלום		
<input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)	<input checked="" type="checkbox"/> הודעת תשלום		
	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי		

### ב. פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	מס' טלפון
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		מס' ניד
שם רופא מטפל	קופת חולים		
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
			מקצוע/עיסוק

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  דואר רגיל

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכת כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454.

האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים כחלק מעבודתך (כגון: טיסה, חומרים כימיים, חומרים רדיואקטיביים, קרינה, שהות במקומות שעליהם חלה אזהרת מסע)?

לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הנך חשוף לסיכונים מסוימים או כחלק מפעילות ספורט או תחביב (תעופה ספורטיבית מכל סוג, ספורט מוטורי או ימי - עם השתתפות בתחרויות, טיפוס, צלילה, אומנויות לחימה)?

לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הנך שוהה בחו"ל, במהלך שנה, לתקופה של 180 יום ומעלה במצטבר?

לא  כן, פרט היכן \_\_\_\_\_

### ג. שיעורי ההפקדות השוטפות מהמשכורת ככל שהתבקש לרכוש כיסוי ביטוחי לאבדן כושר עבודה

על חשבון המעסיק ההוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה - היא עד 7.5% לאובדן כושר עבודה (כ-2% מהשכר לפוליסה בלבד)	על חשבון העובד לתגמולים _____% (על פי סעיף 45)
<input type="checkbox"/> בנוסף לתגמולים עד 2.5%, במידה והפרמיה תעלה על תקציב זה יוקטן הפיצוי החודשי	
<input type="checkbox"/> בנוסף לתגמולים עד 2.5%, והיתרה מתוך התגמולים בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים*	

\* אפשרות זו אינה רלוונטית בכיסוי אבדן כושר עבודה מסוג "מגן הכנסה" שנרכש לאחר 1.4.2019

### ד. הקטנת הכיסויים במקרה של חריגה ממגבלת עלות כיסוי ביטוחי בהתאם להסדר התחיקתי\*

(ככל שבחר לרכוש כיסויים ביטוחיים על פי סעיף ה' ו/או ז')

**אם לא נבחר אופן הקטנה תקבע ההקטנה על פי סעיף א' כברירת מחדל**

א. הקטנת כיסוי ביטוחי למקרה מוות ולאחר מכן הקטנת הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולבסוף ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.

ב. הקטנה פרופורציונלית של הכיסוי הביטוחי למקרה מוות ופיצוי אובדן כושר עבודה (באופן פרופורציונלי על כל ההרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה) ולאחריו ביטול שחרור אובדן כושר עבודה.

\* סעיף זה אינו רלוונטי לכיסוי אבדן כושר עבודה מסוג "מגן הכנסה" שנרכש לאחר 1.4.2019



**ה. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי הדור החדש**

יש להעביר מסמכי הוכחת מצב בריאות על-פי סך-כל סכומי הביטוח - הקיימים והנוספים.

תקופת הביטוח	סכום הביטוח / הפיצוי החודשי	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי <sup>1</sup>
עד תום תקופת הביטוח	מספר משכורות _____ סכום ביטוח _____ ש"ח	<b>ביטוח למקרה מוות בפרופיל</b> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל חסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חסכון מצטבר <b>ביטוח למקרה מוות בפוליסה "קלאסי"/"עדיף"</b> <input type="checkbox"/> ספיר פרמיה משתנה מדי _____ שנים.	<b>כיסויים ביטוחיים למקרה מוות<sup>2</sup></b>
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח) *יש למלא סעיף ו'	_____ % מהמשכורת בפוליסה <b>אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים</b>	<input type="checkbox"/> <b>פיצוי ושחרור הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 ח' <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25%	<b>כיסוי לאבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה"<sup>3</sup></b> פרמיה משתנה כל שנה תקופת המתנה 3 חודשים
		<input type="checkbox"/> <b>שחרור בלבד הרחבות:</b> <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצי'זה <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה - 1 ח' <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25%	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64		תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח.	
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"/> <b>נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי</b> ככל שההסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי כולל שחרור הפקדות שוטפות במוצר פנסיוני אחר נא סמן ומלא שיעור ההפקדות השוטפות לשחרור מהשכר המבוטח: מוצר פנסיוני אחר בגוף מוסדי שאינו המבוטח ושאינו קרן פנסיה: _____ % מהשכר המבוטח פוליסה נפרדת ב"כלל ביטוח": _____ % מהשכר המבוטח			

\* לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצי'זה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש.

\*\* ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאובדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.

**ו. במקרה בו נבחר אבדן כושר עבודה לתום תקופת הביטוח גיל 67, והכיסוי הביטוחי הינו נספח לפוליסה קיימת מסוג "פרופיל" (מנהלים או עצמאיים)**

**אנא בחר אחת מבין האפשרויות הבאות:**

- הארכת גיל תום תקופה ל-68 (גיל ביטוחי)\* של הפוליסה הקיימת כולל הארכת כיסוי ביטוח חיים למקרה מוות, ככל שנרכש (בכפוף להליך חיתום רפואי).
- גיל תום תקופה לכיסוי הביטוחי לאבדן כושר עבודה, יקבע על פי גיל 67 בהתאם לתאריך לידתך או תום תקופת הביטוח בפרופיל, הנמוך מביניהם.

\* הפרש בין תאריך התחלת הביטוח או כל מועד אחר שבו נדרש חישוב גיל המבוטח, לבין תאריך לידתו של המבוטח, כשהוא מחושב בשנים שלמות. 6 חודשים ויותר יסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.



**ז. כיסוי דינמי – שינוי כיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם למצב המשפחתי, במהלך תקופת הביטוח**

- יירכש מתוך ההפרשות בפרופיל דינמי – הדור החדש – מסוג מנהלים בלבד
- מותנה בגיל מבטוח במועד ההצטרפות עד גיל 44
- למבטוח שלא בחר להצטרף לכיסוי ביטוחי למקרה מוות בהתאם לסעיף ה' לעיל.
- אין בהגדלת סכום הביטוח במסגרת מודל הכיסוי הדינמי כדי לשנות את זהות המוטבים שקבע המבטוח בעבר. למבטוח זכות בכל עת לשנות את המוטבים בפוליסה בהודעה לחברה בהתאם להוראות הפוליסה וההסדר התחיקתי.
- הרכישת הכיסוי הביטוחי למקרה מוות כפופה למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך ההפרשות לקופת גמל כמפורט בתנאי הפוליסה ובהסדר התחיקתי.

תום תקופת הביטוח	■ כיסוי דינמי 2 סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה	■ כיסוי דינמי 1 סכום ביטוח המיוחס לכל בן משפחה	סכומי הביטוח במסגרת הכיסוי הדינמי
	<input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר	<input type="checkbox"/> כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר	ביטוח למקרה מוות <sup>2,1</sup> עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה
תום תקופת הביטוח	מס' משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)	מס' משכורות _____ (לפחות 50 משכורות)	סכום ביטוח בסיסי
<input type="checkbox"/> בהגיע בן הזוג ליום הולדתו ה-55 יופחת סכום הביטוח שייחס המבטוח לבן הזוג ב-50% <input type="checkbox"/> תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)	מס' משכורות _____ <b>מנת הזכאות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 40 משכורות</b>	מס' משכורות _____ <b>מנת הזכאות באירוע נישואין ראשון לאחר מועד ההצטרפות: 30 משכורות</b>	בן/ בת זוג: _____ תאריך לידה: _____
<input type="checkbox"/> בהגיע הילד ליום הולדתו ה-21 יופחת סכום הביטוח במלוא שייחס המבטוח לילד שייחס הביטוח <input type="checkbox"/> תום תקופת הביטוח (ללא הפחתה)	מס' משכורות** _____	מס' משכורות* _____	שם הילד: _____ תאריך לידה: _____
	מס' משכורות** _____	מס' משכורות* _____	שם הילד: _____ תאריך לידה: _____
	מס' משכורות** _____	מס' משכורות* _____	שם הילד: _____ תאריך לידה: _____

\* **מנת הזכאות באירוע לידה ועד 3 ילדים לאחר מועד ההצטרפות: 15 משכורות**  
 \*\* **מנת הזכאות באירוע לידה ועד 3 ילדים לאחר מועד ההצטרפות: 20 משכורות**

מבטוח אשר יתקבל לפוליסה זו בתנאים רגילים וללא תוספת רפואית, ואשר לא הצטרף לכיסוי דינמי כאמור בסעיף ז' להלן יהיה רשאי לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות במסגרת פוליסה זו, ללא צורך בהוכחת בריאות, וזאת על-פי בקשה בכתב מהמבטוח אשר נחתמה על-ידו בצירוף המסמכים הדרושים לצורך ביצוע הבקשה על פי דרישת החברה שתימסר לחברה עד 90 יום מיום קרות האירוע המזכה (נישואין ו/או הולדת ילד) ולא יאוחר מהגיעו של המבטוח לגיל 45, ובתנאי שגובה סכום הביטוח הנוסף אשר אפשר לרכוש בגין כל מקרה זכאות לא יעלה על 25% (עשרים וחמישה אחוזים) מסכום הביטוח הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", במועד התחלת הכיסוי הביטוחי המקורי. המבטוח יהיה זכאי להגדיל את סכום הביטוח כאמור לעיל עד 4 פעמים במהלך תקופת הביטוח.

**הערות לסעיפי הכיסויים הביטוחיים (ה' ו-ז')**

- סכום הביטוח של הכיסויים הביטוחיים (מוות ואבדן כושר עבודה) כפוף:
    - למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה וככל שנרכש כיסוי אבדן כושר עבודה, בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" ובכפוף להסדר התחיקתי
    - לשיעור הפקדת המעסיק לאבדן כושר עבודה כאשר נרכש בנוסף להפקדות לתגמולים
  - אם לא סומנה אחת מהאפשרויות, הפוליסה תופק לפי סכום ביטוח למקרה מוות לא כולל חסכון מצטבר.
  - סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון שישולם למבטוח בקרות מקרה הביטוח לא יעלה על 75% ממוצע השכר המבטוח, ב-12 החודשים או ב-3 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים או פחות מ-3 חודשים), לפי הגבוה מביניהם, כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבטוח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבטוח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- ככל שישתנה מעמד המבטוח משכיר לעצמאי, סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% ממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), לפי הגבוה מצמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבטוח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבטוח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.



### ח. ביטול ו/או הקטנה של כיסוי ביטוחי

שם הכיסוי	ביטול מלא	הקטנת סכום הביטוח (יש לכתוב את סכום הביטוח לאחר הקטנה)
ביטוח למקרה מוות	<input type="checkbox"/>	_____ כפולות שכר
אובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/>	_____ ש"ח

### ט. הצהרות

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד 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 כנות, נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו 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 ו/או תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ב. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של בקשתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת הבקשה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.

ג. ידוע לי כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, בקשה למשיכה מלאה או חלקית, בקשה לתשלום קצבה על פי תנאי הפוליסה, בקשה להוספה או הגדלה או הקטנה או ביטול של כיסויים ביטוחיים, בקשה לתשלום בעקבות פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח, בקשה להארכה או קיצור של תקופת הביטוח, אריכות להימסר במשרדי החברה בלבד

ד. אני מצהיר בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה אינו עולה על 100% מכל הכנסותי מעבודה.

ה. 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.

ו. אני מאשר שהכתובת שמסרתי תעודכן למשלוח דואר בגין כל המוצרים שיש לי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

#### שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיוגע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה או מספקים לה שירותים.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מאשר.

ולראיה באתי/נו על החתום:

\_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X

### הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי לביצוע השינויים במוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ביצוע השינויים כאמור על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיוניים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיוניים משתנה מעת לעת.

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

### הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

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

בהמשך לבקשת המועמד לביטוח לרכוש כיסוי לאבדן כושר עבודה במעמד שכיר הנני מצהיר בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המשווק/היועץ/הסוכן הפנסיוני X

