

חוטמת תאריך קבלה בחברה
תאריך תחילת ביטוח מבוקש
___/___/___

מהדורת יולי 2017

שם הסוכן מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי מספר צוות
מספר הצעה

2500005

פרטי המועמדים לביטוח

מין	תוכנית שב"ן	שם קופת חולים	תאריך לידה	מס' זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
נ □ ז □							מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
נ □ ז □							מועמד שני
נ □ ז □							ילד 1
נ □ ז □							ילד 2
נ □ ז □							ילד 3
נ □ ז □							ילד 4
דואר אלקטרוני למשלוח הודעות תפעוליות (כתובת דוא"ל בעל הפוליסה)					טלפון נייד	עיסוק	
אני/ו מסכים/מים כי כלל תשלח לכל המועמדים בפוליסה, בין היתר כתחליף למשלוח בדואר, לכתובת הדואר האלקטרוני: _____@_____							מועמד ראשון (בעל הפוליסה)
ו/או למספר הטלפון הנייד של בעל הפוליסה שנמסרו להלן ו/או באמצעות אתר האינטרנט של כלל, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף של כל המוצרים שלי/נו בקבוצת כלל, וכן מסמכים הנדרשים על פי דין.							מועמד שני
				מספר/ת"ד	ישוב	מיקוד	טלפון
כתובת למשלוח דואר (כתובת בעל הפוליסה)							רחוב
האם הנך מעשן/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה) מועמד ראשון □ כן □ לא, מועמד שני □ כן □ לא, ילד מגיל 18 □ כן □ לא							
* במקרה של הוספת מבוטח חדש לפוליסה קיימת, או הוספת כיסוי למבוטח קיים בפוליסה, לא תשתנה זהות בעל הפוליסה.							

7000

פרטי מוטבים לפי פירוט

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	% מתגמולי הביטוח	יורשים חוקיים	לפי צוואה	מועמד
					נ □ ז □			<input type="checkbox"/>	1
					נ □ ז □			<input type="checkbox"/>	2
					נ □ ז □			<input type="checkbox"/>	ילדים

7010

הוצאות רפואיות וכתבי שירות

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילדים
1. ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. תרופות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נספח הרחבה לתרופות (ניתן לרכישה רק ביחד עם תרופות)	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נספח ייעוצים ובדיקות	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. כתב שירות אבחון ישיר (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	4-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. כתב שירות רופא און-ליין (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. כתב שירות ליווי אישי פלוס (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. כתב שירות רפואה משלימה (לא ניתן לרכישה על פוליסות תאונות אישיות)	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. משלים שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7020

מחלות קשות - יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש

שם המוצר	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מחלות קשות (גיל כניסה 1-60)	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל מחלות קשות 32	ש	ש	ש	ש	ש	ש
מדיכלל פיצוי לסרטן	ש	ש	ש	ש	ש	ש

7030



7040	שם המוצר						נכנסות שרונים נוספים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								+ <input type="checkbox"/>

תאונות אישיות (גיל כניסה 3-75)

* נספח לפוליסות מדיכלל הגנה עצמית, הנספח נמכר רק פעם אחת למבוטח. אם למבוטח קיים נספח זה, הנספח לא יצורף בעת הפקת הפוליסה על-פי הצעה זו.

נספח הגנה תעסוקתית

7050	גיל מבוטח		תקופת המתנה		תקופת פיצוי		סכום ביטוח: (4,000-1,000)	שם המוצר
	14 ימים	30 ימים	שנה	שנתיים	3 שנים			
מועמד 1	21-54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ ש"ח	
	55-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
מועמד 2	21-54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ ש"ח	
	55-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

פוליסות סיעוד – יש לציין את מאפייני המוצר ואת סכום גמלת הסיעוד החודשית

7060	שם המוצר						תקופת המתנה	סוג פרמיה	תקופת פיצוי בשנים	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4			
	מדיכלל לעתיד	3	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח										ש"ח	קבועה (גיל כניסה 3-75)	60 יום
5		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	משתנה 4% (גיל כניסה 3-60)	3 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח				
8		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			קבועה	5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
10		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח					קבועה	5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
כל החיים		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			קבועה	5 שנים			ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
3		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קבועה	5 שנים			ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
5		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			קבועה	5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
7		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קבועה	5 שנים			ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
כל החיים		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			קבועה	5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
5 (משלים ל-8 שנים)		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קבועה	5 שנים			ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
7 (משלים ל-10 שנים)		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			קבועה	5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
3 (משלים ל-8 שנים)		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קבועה	5 שנים			ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
5 (משלים ל-10 שנים)	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קבועה			5 שנים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			
כל החיים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		קבועה	5 שנים		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח			

104 הצהרת בריאות לתשומת ליבך – יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

מועמד ראשון – שם משפחה												מועמד ראשון – שם פרטי				מועמד ראשון – תעודת זהות			
מועמד 1				מועמד 2				1. פרטים כלליים											
שמות המועמדים																			
גובה (בס"מ)																			
משקל (בק"ג)																			
2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון				2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון							
האם הנך מעשן בין 21 – 40 סיגריות ליום?				1															
האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?				2															
האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?				3															
האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?				4				א											
ילדים עד גיל 3 בלבד – האם נולד פג? (אם כן יש להמציא דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מרופא מטפל)				5															
האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, מחלה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.				6				ב											
חתימות המועמדים:																			
חתימת המועמד הראשון				חתימת המועמד השני				חתימת ילד מגיל 18											



אני/ו החתום/ים מטה, המועמדים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני/ו מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש והיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
4. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.
5. **נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.**
6. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
7. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה רלוונטית (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):

8. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
9. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית
- 9.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

10. **בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה בחברה ("מוצר דומה"):**

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

בכיווני לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

במידה וקיים מוצר דומה אולם בכונות המבוטח לבטל אותו ולרכוש את המוצר המוצע במקומו, יש להעביר לחברה בקשת ביטול טרם הרכישה החדשה.

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 שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, 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.

האם אתה מאשר כי חברות מקבוצת כלל יפנו אליך ו/או אל מי מהמועמדים האחרים, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיגו אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר? **אני מאשר.** אני ו/או מי מהמועמדים האחרים נהיה רשאים להודיע בכל עת כי איננו רוצים לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

הצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן:

1. הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות חולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
4. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

חתימת המועמדים:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____ מס' זהות _____ חתימה **X**

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה **XX**

תאריך _____ שם ילד מגיל 18 _____ מס' זהות _____ חתימה **XXX**

הצהרת הסוכן

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמדים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמדים לביטוח.
2. הקראתי למועמדים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו/ו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיהם והצגתי בפניהם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **במידה ורכש המועמד לביטוח פוליסת סיעוד - הצגתי למועמד לוח ערכים מסולקים.**
5. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות, תאונות אישיות או סיעוד) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו בחברה מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.**
6. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי עליו למלא בקשה לביטול ולהעביר לחברת הביטוח טרם הרכישה החדשה.**
7. הסברתי למועמדים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
8. מסרתי למועמדים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____
 מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**



חובה למלא ע"י כל מי שרוכש מדיכלל לעתיד משלים, תקופת המתנה 3 או 5 שנים.
הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל)

אני מודע/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה בת 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל) שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 או 5 שנים (בהתאם לבחירתי לעיל).
החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

7100

תאריך	שם המועמד הראשון	מס' זהות	חתימה X
תאריך	שם המועמד השני	מס' זהות	חתימה XX
תאריך	שם ילד מגיל 18	מס' זהות	חתימה XXX



שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מין: □ ז □ נ
זיקה למועמד לביטוח:	אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום <input checked="" type="checkbox"/>		

1. גביה מאמצעי תשלום קיים

האם אתה מאשר שהגביה בגין הכיסוי הביטוחי שנרכש תבצע באמצעי תשלום קיים במסגרת פוליסת חיים □ / בריאות שמסתיים בספרות _____ ? □ כן □ לא*
 אישורו של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמייה נוספת מחשבונו:
 * במידה ולא קיים אישור, יש למלא פרטי גביה עדכניים

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דיירנס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
	רחוב	מיקוד
	מספר	יישוב
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיופק במקומו וישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ. תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>		

3. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סניף	סוג חשבון	בנק
קוד מוסד (המוטב) 628	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ			
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק)
 כתובת הסניף _____
 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 -או-
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - _____ ₪.
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה – ביום ____/____/____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות)

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

במקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזינו ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
- ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.

תאריך _____ שם הסוכן/נת _____ מספר הסוכן/נת _____ חתימת הסוכן/נת
 וחתימת הסוכנות

*ככל ומסך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות:

תאריך _____ חתימת הלקוחות

