

הצעה לביטוח

"פרופיל הדור החדש - מנהלים"

ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה

"מיטבית - עתודות"

ו/או ל"כלל גמל"

הצעה זו מתייחסת להצטרפות לקרן הפנסיה "מיטבית - עתודות" ו/או לחברת הביטוח "כלל" ו/או לקופת הגמל "כלל גמל" 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 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.

כלכל חברה לביטוח בע"מ

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

הצעה לביטוח
"פרופיל הדור החדש - מנהלים"
ו/או הצטרפות לקרן הפנסיה "מיטבית - עתודות"
ו/או ל"כלכל גמל"

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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 בלבד

המבוטח הראשי		פרטים		המבוטח השני	
המשפחה	הפרטי	שם המשפחה והשם הפרטי	המשפחה	הפרטי	הפרטי
ס"ב	19	מספר הזהות	תאריך הלידה	ס"ב	19
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	המין	המצב המשפחתי	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הפסקתי לפני _____ שנים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה מעשן או שעשנת ב-3 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הפסקתי לפני _____ שנים
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	מספר הטלפון	מיקוד
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייתך?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון תחביבים		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		
המוטבים במות המבוטח - המוטבים לביטוח ו/או לקרן הפנסיה - אם מבוקש (בקרן הפנסיה, רק בהיעדר שאירים)					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
3 2 1		3 2 1		3 2 1	
תאריך לידה		יחס קרבה		חלק ב-%	
%		%		%	
במקרה של מוות מוקדם של מי מן המוטבים הרשומים לעיל, יהיה המוטב מי שרשום כאן (רשום פרטים על-פי הרשום לעיל)					
<input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> במקרה מוות קודם של מי שנרשם לעיל פרט - _____ חברה <input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
2				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
3				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

י. כיסויים ביטוחיים

שם המבוטח

מתוך "פרופיל הדור החדש - סעיף 147(2)"			מתוך "פרופיל הדור החדש - מנהלים"			
תקופת הביטוח	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי		הכיסוי	סוג הכיסוי	סכום הביטוח/הפיצוי החודשי	
	% מהמשכורת בפוליסה	ש"ח			תקופת הביטוח	% מהמשכורת בפוליסה
עד תום תקופת הפוליסה		מספר משכורת _____	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> כולל <input type="checkbox"/> לא כולל חיסכון מצטבר <input type="checkbox"/> חיסכון מצטבר	* כיסויים ביטוחיים למקרה מוות		מספר משכורת _____
עד תום תקופת הפוליסה		מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> הכנסה <input type="checkbox"/> הכנסה <input type="checkbox"/> בטוחה <input type="checkbox"/> 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 משכורת _____
			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 עלי-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 עזר, ההפקדה החד-פעמית תופקד בפוליסה שבחר בטופס הצעה זה, בכפוף להסדר התחיקתי.

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"		
לתשומת לבך:	מעמד העמית בקופה המקבלת <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	סכום ההפקדה ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה
1. בהעברת כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים).	סוג התכנית המבוקשת	סוג הקופה המעבירה
2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהון לקצבה משלמת היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה.	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים הוניים
3. הכספים יופקדו לפוליסה מסוג "אופק" ובהתאם למהותם.	<input type="checkbox"/> תכנית לא משלמת לקצבה (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה לא משלמת לקצבה
	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית משלמת לקצבה	כספים מקופה 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
50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח	70	אחריות לחיים בפרמיה משתנה כל 5 שנים	<input type="checkbox"/> מבוטח ראשי , _____ מנות
50,000	65	נכות מתאונה	<input type="checkbox"/> מבוטח שני , _____ מנות
50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח	64	הקדמת סכום ביטוח למקרה מוות במקרה של מחלה סופנית	אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות
	67	הכנסה בטוחה/הכנסה בטוחה פלוס - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אבדן כושר עבודה, 3 חודשי המתנה	←
100,000	70	ספיר בפרמיה משתנה כל שנה	<input type="checkbox"/> משלים לחיים מורחב (לצווארון לבן בלבד)
50,000 - סכום הביטוח הכולל בכל הפוליסות לא יעלה על 500,000 ש"ח	70	אחריות לחיים בפרמיה משתנה כל 5 שנים	<input type="checkbox"/> מבוטח ראשי , _____ מנות
50,000	65	נכות מתאונה	<input type="checkbox"/> מבוטח שני , _____ מנות
50,000 - סכום הביטוח לא יעלה על 250,000 ש"ח	65	נכות מקצועית	אפשר לבחור עד 10 מנות, על-פי המגבלות הרשומות בהערות
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	←

מק"ט 15969 / 64020467 ר"ה 6.2009

ג. כיסויים ביטוחיים בפוליסה נפרדת בלבד מתוך

"פרופיל הדור החדש - אישי" או "קלאסי" - למלא הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי בעמוד 8

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 לפרט! <input type="checkbox"/> חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> "לקלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה				<input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה <input type="checkbox"/> הכנסה לפרט! <input type="checkbox"/> חובה לפרט! <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> "לקלאסי" בלבד <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור <input type="checkbox"/> תקופת המתנה: 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח' <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה			
סכום הפיצוי החודשי				סכום הפיצוי החודשי			
ש"ח _____				ש"ח _____			
השתכרות בחודש האחרון				השתכרות בחודש האחרון			
ש"ח _____				ש"ח _____			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח			
קלאסי			65	קלאסי			65
משלים אבדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד לא יותר מ-5,000 ש"ח חובה לרכוש "הכנסה בטוחה" או "הכנסה בטוחה פלוס"				משלים אבדן כושר עבודה (לצווארון הלבן בלבד) אפשר להוסיף ב"קלאסי" בלבד לא יותר מ-5,000 ש"ח חובה לרכוש "הכנסה בטוחה" או "הכנסה בטוחה פלוס"			
			עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70				עד תום תקופת הפוליסה ולא יותר מגיל 70
אחריות לחיים				אחריות לחיים			

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

סוג התכנית	שם התכנית	הון	קצבה	מסלול ההשקעה	מסלול ההשקעה - המשך	% השקעה
←	דמי-ניהול מההפקדה השוטפת	<input type="checkbox"/> איתן <input type="checkbox"/> עוז <input type="checkbox"/> אופק <input type="checkbox"/> עוגן	8% יורד	1.13%	0%	7%
←	דמי-ניהול מהחיסכון המצטבר	<input type="checkbox"/> איתן <input type="checkbox"/> עוז <input type="checkbox"/> אופק <input type="checkbox"/> עוגן	1.40%	1%	2%	1.25%
סכום ההפקדה בש"ח	הפקדה חודשית	הפקדה חד-פעמית				

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

יד. ביטוחים משלימים לקרן הפנסיה

משלים לפנסיית 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

ט.ו. הצהרות

הצהרת המעביד והמועמדים לביטוח

אני/החתימה/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. הצהרת המועמד לביטוח (המבטח)

אני מצהיר, ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמילאה 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 עליידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הצהרת המעביד

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

ב. אני/מואשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי 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. ידוע לי/נו כי בנוסף לאמור לעיל, חוזה הביטוח יכנס לתוקף לאחר שהוראת החיוב הראשונה שולמה במלואה למבטח.

ה. אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני כעת או בעתיד, יבטל כל מידע של יועץ פנסיוני ו/או משווק פנסיוני בקשר עם המוצר/ים הנזכרים בהצעה.

שם המבוטח

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

2. אני/מוצהיר/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 במקצועי/נו או בעיסוקי/נו או בתחביבי/נו.

3. כל הפרטים שמסרנו ו/או נמסרו לחברה יישמרו עליי 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 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 עליי 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 חיג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

ולראיה באתי/נו על החתום:

חתימת
המעביד (X)

תאריך

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

תפקיד

שם
החותר

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

לייעץ לגבי ההשקעה באפיקים השונים שבפוליסה, אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להתייעץ עם כל יועץ/משווק השקעות אחר מטעמי, לצורך קבלת ייעוץ בדבר כדאיות ההשקעה, מדיניות השקעות מורשים מטעם רשות נירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי

אני מצהיר ומסכים בזה:

ידוע לי כי עליי חוק הסדרת העיסוק בייעוץ רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי/משווקי השקעות מורשים מטעם רשות נירות הערך. מאחר שהובהר לי כי סוכן הביטוח אינו רשאי

חתימת
המבוטח הראשי X

תאריך

הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

כי מכלול המוצרים הפנסיוניים המשווקים עליידי החברה מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיוניים משתנה מעת לעת.

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

חתימת
המבוטח הראשי X

תאריך

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
המעביד (X)

תאריך

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

למבטח באמצעות סוכן הביטוח הנ"ל יחייבו את המבטח רק משאשורו בכתב עליידי או עליידי חתם מוסמך מטעמו.

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

חתימת
המבוטח השני XX

חתימת
המבוטח הראשי X

חתימת
המעביד (X)

תאריך

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.

חתימת

המשווק הפנסיוני/היועץ

תאריך

64020467 / 15969 ט' 62009

טז. הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי
פרטי המועמדים לביטוח

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	תחביב	מקצוע	עיסוק	תחביב	קופת-חולים
מועמד שני	שם הרופא המטפל	תחביב	מקצוע	עיסוק	תחביב	קופת-חולים

שאלון מבוא כללי						1					
שמות ילדים עד גיל 18 - שמות						מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא	
1		2		1		2		כן		לא	
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 עליידי משרד הבריאות בהתאם לגילו - נא לרשום את גיל הילד

שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים						2					
שמות 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		1		2		כן		לא	
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 הוסר, 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 ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסרון, מחלת קרוהן, אולצריטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיטיס
											7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל
											8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כלייה 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 (זאבת), פבירומיאלגיה

מק"ט 15969 / 64020467 ר"ה 6.2009

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

כדי לברר אם כוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המוקדמות שלהלן:

כן	לא	הפעולות
		יבטלו
		יפדו 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

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: ←

כן	לא	הפעולות
		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 _____ חתימת המבוטח הראשי

חתימת המבוטח השני

הצהרת הסוכן

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

תאריך _____ חתימת הסוכן

יח. פרטי כרטיס האשראי (ביטוח פרטי בלבד)

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דיירט
שם בעל כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
כתובת	רחוב _____ יישוב _____ מספר _____ מיקוד _____
מספר כרטיס אשראי	מספר זהות _____

שובר זה נחתם עליידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי



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. דיוע ל/לנו כי: דיוע ל/לנו כי הפריטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב. דיוע ל/לנו כי סכומי החיוב עליו הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/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/לנו מן החסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מתאנת.

3. **פרטי ההרשאה** סכום החיוב מועדו ייקבע מעת לעת על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, על פי שיעור הפרמיה וההצמדה כפי שייקבע בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

4. תאריך _____ חתימת בעלי החשבון

5. צוות _____

6. **אישור הבנק** לכתובת _____ מספר חשבון בנק _____ סוג חשבון _____ קוד מסלוקה _____ בנק _____

7. **אישור הבנק** לכתובת _____ מספר חשבון בנק _____ סוג חשבון _____ קוד מסלוקה _____ בנק _____

8. **אישור הבנק** לכתובת _____ מספר חשבון בנק _____ סוג חשבון _____ קוד מסלוקה _____ בנק _____

9. **אישור הבנק** לכתובת _____ מספר חשבון בנק _____ סוג חשבון _____ קוד מסלוקה _____ בנק _____

10. **אישור הבנק** לכתובת _____ מספר חשבון בנק _____ סוג חשבון _____ קוד מסלוקה _____ בנק _____

מק"ט 15969 / 64020467 ר"ה 6.2.009

בקשת הצטרפות לקופת גמל/לקרן השתלמות

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לבני שני המינים.

החשבון נפתח לאורך:

העברת כספים בלבד הפקדות בלבד העברה + הפקדות

קופת הגמל/לקרן ההשתלמות הנבחרת:

מספר חשבון הקופה

שם הסוכן	מספרו
שם איש קשר	מספר טלפון
סניף בנק של הלקוח	מספרו
דמ"ן	

קופת הגמל

כלל פיננסים גמל כללי (מ"ה 1128) כלל גמל דגש איתן (מ"ה 117)

כלל מושלם תגמולים (מ"ה 689) כלל גמל דגש חזק (מ"ה 460)

כלל גמל תגמולים (מ"ה 444) כלל גמל ענבר (מ"ה 377)

כלל גמל ענבר (מ"ה 377) קרן השתלמות מנהלים (מ"ה 456) קרן השתלמות (מ"ה 721)

כלל גמל קהילה (מ"ה 746) כלל מעלות (מ"ה 819)

א. פרטי העמית חובה לצרף תצלום של תעודת זהות/הדרכון (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 בית	מספר טלפון נייד	e-mail			
הפקדות בקופת גמל/לקרן השתלמות (עמית במעמד עצמאי בלבד):					
שם המעסיק					
סכום ההפקדה ש"ח. תאריך התחלת הגבייה					
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) 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 בא לבנות: בהוראת קבע קיימת בהוראת קבע חדשה (מצ"ב) בהמחאה

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

ותק רטראקטיבי יקבע 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

חשבוני בקרן/בקופה לאחר מותי, אם יילך מי מהנהנים לעולמו לפניי, אזי שאר הנהנים יתחלקו ביניהם על-פי היחס שביניהם, אלא אם כן אורה לכס בכתב אחרת. אם לא יירשמו להלן מוטבים, או שכל המוטבים הלכו לעולמם לפניי, ישלמו הכספים ליורשי החוקיים.

השם המלא	מספר זהות	הקרבה	המין	חלקיות ב-%	הכתובת	תאריך לידה
1			ב / ז			
2			ב / ז			
3			ב / ז			

כאשר קיים ביטוח חיים בקבוצתי - אני מאשר שהמוטבים הזכאים לתגמולי הביטוח הם המוטבים הרשומים לעיל.

ד. הצהרת העמית

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, ואני מצהיר כי ידוע לי שהחברת תזכה אותי בכל הזכויות והיתרונות המוקנים לעמיתים על-ידי תקנות ההתאגדות של חברתכם, כפי שיהיו בתוקף מפעם לפעם, וכי אוהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקרן אשר תנהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות דיון. ידוע לי כי את הוראות התקנות של הקרן/לקופה אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת, באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום לעיל.

סוכן יועץ פנסיוני משווק פנסיוני (להלן "מפץ פנסיוני"): כל עוד לא הודעת לי בכתב 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 כאילו נשלחו על-ידי ומטעמי. עם מינוי המפץ כאמור לעיל, בסל כל מינוי של מפץ אחר מטעמי.

אני מעוניין לפנות מפעם לפעם אל הקרן/לקופה באמצעות הפקסימילה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקרן/לקופה תהיה פטורה מכל אחריות לזנק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישורין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי פעולה כלשהי של הקרן/לקופה בהתאם לבקשה זו, ובמיוחד ומבלי לנזעזע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי

חתימת העמית _____

תאריך _____

החברה המנהלת מצהירה כי אם העמית יחליט להצטרף לקופה לא תינתן ולא ניתנה כל הטבה למעבידו של העמית או לארגון מעבידיו או לגוף אחר שמוחזק בידי מי מהם (במישרין או בעקיפין, יהיה שיעור האחזקות אשר יהיה) עקב הצטרפותו לקופה. לעניין זה "הטבה" משמעה כל הטבה (לרבות החזר הוצאות) הניתנת במישורין 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, מצורף לטופס זה.

שם _____ תאריך _____

גורם מאשר _____ גורם מאשר _____

אישור נציג הקופה/הקרן

אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה.

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 <input type="checkbox"/>	צמוד דולר <input type="checkbox"/>	צמוד דולר <input type="checkbox"/>	צמוד דולר <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	תקרת עצמאי <input type="checkbox"/>	תקרת עצמאי <input type="checkbox"/>	תקרת עצמאי <input type="checkbox"/>	תקרת עצמאי <input type="checkbox"/>

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

1. אני/החתום/ים מטה - שם בעל/י החשבון כפי שמופיע בספרי הבנק

מספר הזהות/ח.פ. _____

הרחוב _____ המספר _____ היישוב _____ המיקוד _____

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בסכומים ובמועדים שיומאצו לכם מדי פעם באמצעי מגנטי על-ידי _____, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

א. 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.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על-כך תימסר על-ידינו לבנק 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 לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

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

4. 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.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. 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.

7. גא לאשר ל _____, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת

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

תאריך _____ חתימות בעל/י החשבון

תאריך _____ חתימות בעל/י החשבון

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

אישור הבנק

לכבוד שם הקופה / הקרן **כלל גמל בע"מ** רחוב נירים 2 **תל-אביב 67060**

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתצונו 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 לביצועו, 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 בהחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

מקור טופס זה על שני חלקיו ישלח לסניף הבנק, ההעתק ימסר למשלם. תאריך _____ בנק _____ סניף _____ חתימה וחותמת הסניף

מק"ט 64020467 / 15969 ר"ה 6.2009

הפוצה: מקור - לבנק; העתק 1 - לקופה/לקרן; העתק 2 - לעמית.