

תאונות אישיות

שם המוצר	נספח שרותים נוספים*	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל הגנה עצמית 75	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 100	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 150	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 200	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 300	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מדיכלל הגנה עצמית 400	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1300

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

תקופת המתנה		תקופת פיצוי			סכום ביטוח (1,000-4,000)	
14 ימים	30 ימים	שנה (21-60)	שנתיים (21-59)	3 שנים (21-54)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מועמד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מועמד 2

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

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

1601

503 הצהרת בריאות

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)					
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
		2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון					
		האם הנך מעשן בין 21 – 40 סיגריות ליום?					
		האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?					
		האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?					
		האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?					
		ילדים עד גיל 3 בלבד – האם נולד פג? (אם כן יש להמציא דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מרופא מטפל)					
		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.					

3000

חתימות המועמדים:

XXX

חתימת ילד מגיל 18

XX

חתימת המועמד השני

X

חתימת המועמד הראשון



שמות המועמדים										לא	כן	לא	כן	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.	לא	כן	לא	כן
										במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.				
										בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.				
										בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.				
										בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.				
										בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.				
										במערכת העיכול - לרבות חזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה.				
										בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.				
										בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבב - פנקריאטיטיס.				
										בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטי, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.				
										מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגרון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר				
										בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.				
										מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.				
										מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.				
										במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.				
										במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.				
										אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפיים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.				
										במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שרירי, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרויון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיה, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.				
										מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה.				
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	4. שאלות נוספות	לא	כן	לא	כן
										האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט _____				
										האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט _____				
										האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? _____				
										האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות. _____				
										האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי נייודות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב. _____				
5. אני מאשר/ת את רכישת הביטוחים המבוקשים גם במידה ואדרש לשלם בגין קבלתי לביטוחים המבוקשים תוספת חיתומית דמי הביטוח של עד 50% בגין _____ ו/או שקבלתי לביטוחים המבוקשים תהא כפופה להחרגה לפיה המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור ב _____ . ידוע לי כי המבטח יהא רשאי להתנות את קבלתי לביטוחים המבוקשים בתוספת חיתומית גבוהה מזו המפורטת לעיל ו/או בהחרגות שונות ו/או נוספות גם בגין מחלות ו/או מצבים בריאותיים שונים מאלו שפורטו לעיל.														
חתימות המועמדים (לגבי סעיפים 3-5) תאריך _____/_____/_____:														
חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____ חתימת ילד מגיל 18 _____														

3100



אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה"), מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. ידוע לי כי תשובתיי שמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו 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.
2. 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.
3. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי הוצעה לי ביטוח התואם את צרכי.

4. **נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.**

5. 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.

6. 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):

7. נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה

8. ברצוני לבטל את הפוליסה המקורית

8.1 אני מעוניין כי בקשת הביטול תישלח באמצעות סוכן הביטוח

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 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.

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 חיוג 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.

בהצעה 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

תאריך _____ שם המועמד השני _____ מס' זהות _____ חתימה

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

מינוי הסוכן כשלוחו של המועמד

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן: אני המועמד לביטוח, ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה, להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך _____

חתימת המועמד הראשון חתימת המועמד השני חתימת ילד מגיל 18

הצהרת הסוכן

1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.

2. הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.

3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיהם והצגתי בפניהם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.

4. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.

5. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך _____ שם הסוכן _____

מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן



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 מודעת/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.

2700

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



2400

1. גבייה מאמצעי תשלום קיים הגבייה באמצעות אמצעי התשלום ממנו מבוצעת גביית דמי הביטוח במסגרת פוליסת <input type="checkbox"/> חיים או <input type="checkbox"/> בריאות מספר _____ שם בעל אמצעי התשלום / זיקה _____	במידה ואמצעי התשלום אינו של אחד המועמדים לביטוח, יש לקבל את אישורו של בעל אמצעי התשלום הקיים לגביית פרמיה נוספת מחשבונו: חתימת בעל אמצעי התשלום <input checked="" type="checkbox"/> _____
--	--

2. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

2400

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי
<input type="checkbox"/> כאל	מספר כרטיס אשראי
<input type="checkbox"/> דינרס	
<input type="checkbox"/> לאומי קארד	רחוב
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר
<input type="checkbox"/> אחר _____	יישוב
	מיקוד
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיונפק במקומו ויישא 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

2400

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">מספר חשבון בנק</td> <td style="width: 25%;">סניף</td> <td style="width: 25%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 25%;">בנק</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">קוד מוסד (המוטב) 628</td> <td style="width: 50%;">אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ</td> </tr> </table> <p>אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>	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		לכבוד: בנק _____ סניף _____ (הבנק) כתובת הסניף _____ <input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או- הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.
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													
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.													
1. אני הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____													
כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____ מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו 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: א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. 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. ג. 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, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. 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. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. 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. 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב. 4. 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													
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 <input checked="" type="checkbox"/> _____ וחתימת הסוכנות _____													
*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח. חתימת הלקוחות: _____ תאריך _____ חתימת הלקוחות <input checked="" type="checkbox"/> _____													

