

השימוש בטופס זה מאושר עד ה-30.06.2024.

הטופס מיועד לנשים וגברים אחד.
נא הקפיד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהציגו לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל: agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל': 070-28-700-1.

בטופס זה, תקנות סכומי הביטוח הנינתנות לרכישה כולל סכומי ביטוח אם קיימים בהראל הנימן עד לגובה הסכומים על פי הנחיות החיתום של החברה.

שם סוכן: מס' עצעה: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:
שם לב - עליך להסביר תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול תהיה לכך השפעה על תשלום תגמול הביטוח.
אני, המועמד לביטוח עפ"י הpolloise, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

A פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצעיר מבין השניים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> נ <input checked="" type="checkbox"/> ג
מין איסוי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> אלמן		טלפון	טלפון	טלפון נייד
רחוב	מספר	מספר	מספר	כתובת דואר אלקטרוני

כתוכנת דואר אלקטרוני. מסמכי הpolloise דף פרטי הביטוח הדיווחים והמצטבים ישלחו אליו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח.
אם ברצונך לקבל את מסמכי הpolloise והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנא סמן

לתשומת לבך:

- (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל.
- (2) חשוב לדעת: דיווחים מידע וערכונים בחוץ למוצרים שלנו בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השילחה, כפי שרשמה בטופס זה או בהתאם לעדכנים והודעות שמסרו לנו מעט לעת.

לעדכן פרטים ניתן להכנס לאזורי האישី באתר החברה בתוכנת www.harel-group.co.il

B פרטי המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> נ <input checked="" type="checkbox"/> ג
מין איסוי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> אלמן		טלפון	טלפון	טלפון נייד
רחוב	מספר	מספר	מספר	כתובת דואר אלקטרוני



dt3313

שם התכנית		סוג הפלישה המבוקשת (סמן ב-✓)	
תקופת ביטוח עד גיל מוקטימאל	מועד שני - סכום הביטוח	מועד ראשון - סכום הביטוח	מועד שני (פרמייה משתנה כל שנה)
80 ₪ (מינימום 50,000 ₪)	₪ (מינימום 50,000 ₪)	₪ (מינימום 50,000 ₪)	<input type="checkbox"/> הראל מגן 1 (פרמייה משתנה כל שנה)
80 ₪ (מינימום 500,000 ₪ ועד 2,000,000 ₪)	₪ (מינימום 500,000 ₪ ועד 2,000,000 ₪)	₪ (מינימום 500,000 ₪ ועד 2,000,000 ₪)	<input type="checkbox"/> הראל מגן זוגי Extra ¹ (פרמייה משתנה כל שנה)
80 ██ סכום ביטוח .. ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	██ סכום ביטוח .. ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	██ סכום ביטוח .. ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	<input type="checkbox"/> מגן חודשי (פרמייה משתנה כל שנה)
80 ₪ (מינימום 3,000 ₪ ועד 10,000 ₪) ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	██ סכום ביטוח .. ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	██ סכום ביטוח .. ████ תקופת תשלום סכום הביטוח: █ 10 שנים █ 15 שנים █ 20 שנים █ 25 שנים █ 30 שנים	<input type="checkbox"/> מגן חודשי זוגי Extra ¹ (פרמייה משתנה כל שנה)
75 ██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (10 שנים - 25 שנים) ₪	██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (10 שנים - 25 שנים)	██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (10 שנים - 25 שנים)	<input type="checkbox"/> כניסה למשפחה (פרמייה משתנה כל שנה)
75 ██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (ミニימום 2,000 ₪ ועד מаксימום 15,000 ₪)	██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (ミニימום 2,000 ₪ ועד מаксימום 500 ₪)	██ תקופת ביטוח .. ████ סכום ביטוח .. ₪ (ミニימום 2,000 ₪ ועד מаксימום 500 ₪)	<input type="checkbox"/> כניסה למשפחה זוגית Extra ² (פרמייה משתנה כל שנה)
70 ₪ (מקסימום 500,000 ₪)	₪ (מקסימום 500,000 ₪)	₪ (מקסימום 500,000 ₪)	<input type="checkbox"/> הראל חסן למחר פליס <input type="checkbox"/> עסקוי <input type="checkbox"/> מקטעוי (פרמייה משתנה כל שנה)
נסיבות למגן 1 - לתשומתך, ניתן לרכוש כיסוי מסוים מתואנה / או גובה מסכם הביטוח בכיסוי מגן 1 בלבד. כמו כן, סכום הביטוח בכיסויים אלה, לא יהיה גבוה מסכם הביטוח בכיסוי מגן 1.			
75 ₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> נמות מתואנה ³ ביטול חריג ספורט אטגרי חובבי (רכישה מגיל 21) בillet חריג דו גלגלי / אופניים חשמליים / קורקינט חשמלי / סגוי / צלי לחברה דו גלגלי ממונע אחר ו/או בעל מנע חשמלי / טרקטוריון (רכישה מגיל 21) <input type="checkbox"/> מות מתואנה ³ ביטול חריג ספורט אטגרי חובבי (רכישה מגיל 21) ביטול חריג דו גלגלי / אופניים חשמליים / קורקינט חשמלי / סגוי / צלי לחברה דו גלגלי ממונע אחר ו/או בעל מנע חשמלי / טרקטוריון (רכישה מגיל 21)
75 ₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₪ (ミニימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> הסבה בעת רכישת כיסוי מסוים "הראל מגן 1" / או "הראל מגן זוגי Extra": קבלת מקדמה על חשבון תשלום סכום הביטוח למקרה פטירה (להלן: "הטבה"): במקרה פטירה ח"ח תשלום למוטב המבורג ביותר מעלה גיל 18 (להלן: "המוכר הזקאי"), מקדמה בגובה 5% מסכם הביטוח למקרה פטירה בפלישה או סך של 50,000 ₪ לפי הנמור (להלן: "המקדמה"). המקדמה תועבר לחשבון הבנק של המוכר הזקאי בתוך 2 ימי עסקים בcpfף לקבלת טופס ייעודי חתום על ידי המוכר אליו תצורף הודעה או הודעה מבית החולים על הפטירה, וזאת טרם בירור התביעה בהתאם לתנאי הפלישה. למקרה ספק, תשלום המקדמה לא מהווה אישור תביעת הפטירה, ובמידה ויזהלו על ידי חברת הביטוח שהמטופבים אינם זכאים לתשלום בהתאם לפוליטה או להוראות הדין, ידרש המוכר הזקאי להחזיר את המקדמה שקיבל לידי. ככל שהתביעה תוכר על ידי חברת הביטוח, תקוז המקדמה מהסעום המגיע למוכר הזקאי שקיבל את המקדמה. תנאים לקיום הטבה: ■ מונו מותרים בפליטה וקיים מוטב זכי; ■ הפליטה פעילה ולא קיים שעבוד או עיקול על הפליטה

מוסכם ומוצחר בזה כי בנוסף בתנאי הפלישה וכל עוד מבוטחים בפלישה שני מבוטחים יחולו הוראות אלה:

1. בנסיבות מקרה ביטוח מוגן המבוטחים יהיו זכאים המותבים לקבالت סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכפל סכום הביטוח בפלישה של המבוטח הנפטר. הכפלת סכום הביטוח למבוטח שנפטר לא תגדיל את הפרמיות שנקבעו בפלישה טרם הגדרת סכום הביטוח.
2. בנסיבות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה* במשך תקופה של 12 חודשים, או בנסיבות מקרה ביטוח לשני המבוטחים במשך תקופה של 30 ימים, יוכפל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המותבים בין כל אחד והמבוטחים.
3. במהלך תקופה של שלושה חודשים ממועד ההולדת ועד לאחד משני המבוטחים בפלישה, יהיה זכאי כל אחד מהמבוטחים להגדיל את סכום הביטוח* בפלישה ב-20% מסכום הביטוח המקורי במועד ההגדלה או ב-200,000 ש"ח, הנמוך מביניהם, ללא תליך של חיותם רפואי. סך כל ההגדלות של סכום הביטוח מכוח ענף זה, לגבי כל אחד מהמבוטחים בכל תקופה הביטוח, לא עולה על 50% מסכום הביטוח המקורי שנרכש בפלישה או על סך של 500,000 ש"ח, לפי הנמור.

למען הסר ספק יובהר כי הנסיבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהmarkerים המפורטים להלן:

1. הגיעו של אחד המבוטחים לפחות 75 או סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לפחות 75 – המוקדם מביניהם
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח
3. הגדרת סכום ביטוח של אחד המבוטחים לסכום ביטוח* הגדל מ-2.5 מיליון ש"ח (צמוד למדד)

*במוצר מגן חודי, סכום הביטוח הוא הסכום החודשי מוכפל במספר החודשים שבהם ישולם תגמול הביטוח.

²הכנסה למשפחה זוגית Extra

מוסכם ומוצחר בזה כי בנוסף בתנאי הפלישה וכל עוד מבוטחים בפלישה שני מבוטחים זהה ותקופת הביטוח זהה יחולו הוראות אלה:

1. בנסיבות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה* במשך תקופה של 12 חודשים, או בנסיבות מקרה ביטוח לשני המבוטחים במשך תקופה של 30 ימים, יוכפל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המותבים בגין כל אחד מהמבוטחים. סכום הביטוח שיוכפל יהיה הסכום שנקבע בפלישה.
2. בנסיבות מקרה ביטוח לאחד מהמבוטחים יהיו זכאים המותבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכפל סכום הביטוח בפלישה של המבוטח הנפטר והוא לא ידרש לשלם פרמיה לחברת הביטוח עד לתום הביטוח בכפוף לכך ששסכום הביטוח לשני המבוטחים יהיה זהה במועד האירוע.

למען הסר ספק יובהר כי הנסיבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהmarkerים המפורטים להלן:

1. סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לפחות 75 – המוקדם מביניהם
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

*תאונה – חבלה גופנית שנגרמת עקב הפעלת כוח פיזי בלבד כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי, בלתי צפוי מראש, הנגרם בנסיבות על ידי גורם חיצוני ואגלי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבת אחרת את הסיבה היהודית, היישורה והמידות למוות. למען הסר ספק – אלימות מילולית ו/או לחץ נשפי ו/או הצטברות של פגיעות זירות חזורות לאורך תקופה הגורמים למותו לא ייחשבו כ"תאונה".

³כיסוי נזונות מתאונה ומוות מתאונה

במסגרת רשותה החറיגים בביטוח זו, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח שנגרם עקב נהוגה ברוכב דו גלגלי ו/או החל מגיל 21 – במקרה ביטוח שנגרם עקב רכיבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגוי וכיצ"ב. ניתן לרכוש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכפוף לאישור החברה. במקרה לא יהיה כיסוי במקרה שהנהיגה בכל התcheinורה הינה מתוקף עיסוקו של המבוטח.

ט המוטבים במקרה מוות* (למועדן ראשון לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	חלוקת באחזים
100%	סה"כ				

המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עברו כל הכספיים הביטוחיים* אשר נרכשו בטופס זה.
במידה והן מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס ה策טרפות עבור כל כסוי בנפרד.
*כספי ביטוח שמצויה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כסוי ביטוח שמצויה בתשלום חדש כי שנבחר
⁴ בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

ט המוטבים במקרה מוות* (למועדן שני לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	חלוקת באחזים
100%	סה"כ				

המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עברו כל הכספיים הביטוחיים* אשר נרכשו בטופס זה.
במידה והן מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס ה策טרפות עבור כל כסויBN פרד.
*כספי ביטוח שמצויה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כסוי ביטוח שמצויה בתשלום חדש כי שנבחר
⁵ בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על-פי דין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

מעומד שני לቤתו	מעומד ראשון לቤתו			
לא	כן	לא	כן	
				1. אם עבדתך מחייבת שהיא בחו"ל? אם כן - כמה ימים בשנה? באילו מדינות? מעומד שני - כמה ימים בשנה? באילו מדינות?
				2. האם הנך בעל/ת רישיון טיס / איש/ Ashton אויר / בכוונת לנוס שלא בקו אօויר אויר? [אם כן - יש לצרף שאלהון טיס]
				3. האם יש לך חבר בMichelle או הנך עוסקת/ת בפעילויות ספורטיבית אטגרית? [אם כן - יש לצרף שאלהון חברבים]

2. הצערת בריאות (קוד הצהרה 30)

מעומד שני לቤתו	מעומד ראשון לቤתו			
לא	כן	לא	כן	
				1. יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטoor התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובת חיובית (כן) יש לצרף שאלהון מתאים להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגרים מרווחים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תועודה עדכנית מרופאה המittal בהתייחס לבעה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אףן הטיפול והמצטבר העדכני.
				2. אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואיות המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לנתחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.
				גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)
				האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן, מעומד ראשון - כמה סיגריות ביום? מעומד שני - כמה סיגריות ביום?
				1. האם אובחנה אצל מחללה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. <input type="checkbox"/> כל זם [6] ב. האם ב-10 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול לצרף טיפול ב: <input type="checkbox"/> יותר לחץ זם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> שומנים גבויים/קולסטרול [6] ג. ריאות ודרכי הנשימה [3] ד. מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> המוח * <input type="checkbox"/> גידולי מוח * <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> נוון שרירים או מחללה ניונית אחרת * <input type="checkbox"/> אירע מוחי * <input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] ה. האם פית ל佗פא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון * ו. גידולים ממאיירים/מחלות ממאיירות (סרטן) [9] ז. מחלת נפש נאוביונית, לדבות חרדה, דיכאון, OCD ופוסט טראומה (PTSD) [25] ח. כליות [13] ט. אידיוט או נשאות אוIH * <input type="checkbox"/> אבת (לופו)* האם הנך משתמש או השתמשה בסמים? [33]
				2. האם הנך שותה/שתייה, באוכן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? *
				3. האם אושפזת מעל ל-7 ימים ב-3 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
				4. האם נקבעה לך נכות העולה על 35%*? האם הופנית וטרם סימנת הליך ברור של תופעה או מחלת אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועודין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפנייה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: מטוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתרו, מיפוי לב, אקן לב, CT, MRI, אלטראסאונד - שלא חלק ממעקב הרון, ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קוליפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה) אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודומות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא*
				6. 7. ירידה בצליפות העצם [17] 8. גב ועומד שדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19] 9. ליקוי ראייה (יש לציין משקפים רק אם מספר העדשות מעל 8) 10. ליקוי שמיעה [2]

ברכישת הכספיים: הראל חום למחר פלוס / או מותן/נכחות מתואנה, יש לענות בנוסף גם על השאלות הבאות:

האם אובחנה אצל מחללה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: ירידה בצליפות העצם [17] גב ועומד שדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19] ליקוי ראייה (יש לציין משקפים רק אם מספר העדשות מעל 8) ליקוי שמיעה [2]	לא	כן	לא	כן

						מועדם ראשון לביטוח	מועדם שני לביטוח			
			לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
אני מסכימן, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודוטי, המצוין או שייהי מצוי בידן לחברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בע"מ וחברות בתו שלה) יישמש גם את חברות האחרות בקבוצת הראל /או מי מטענן /או שותפה העסקים, לכל עניין הקשור בהן מוציאר ושותפו חברות בקבוצת הראל (בתחום הבטווח, החסיכון אורך הטווח והפנסטים) ושותפה העסקים ובשווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיית מודיע על מוציאר ושותפו, וכן לשימושים נוספים הנלוויים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.										

קבלת דבר פרסום

הרים להודיעיך כי קיימת אפשרות שתקבל מנת החברה או מנת חברות אחרות בקבוצת הראל אליה יועברו פרטיך (כל שנות הסכמה להעברת פרטייך אליה), הצעות שיוקיות ודרכי פרסום על מוציאר ושותפי החברה /או חברות בקבוצת הראל /או שותפה העסקים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, משלחת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אין מסכימים לקבל הצעות שיוקיות ודרכי פרסום כאמור, באפשרות להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסום והצעות שיוקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פניה טלפון למספר 7547777-03.

השווה / ביטול

						מועדם ראשון לביטוח	מועדם שני לביטוח			
			לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
אם ברשות אחד או יותר מהמוסעים לבקש פוליסת ביטוח מסווגה של הפלישה אליה הוא מבקש להציג?										

במידה והתשובה חיובית - יש לטמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסת הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.

מועדן השני לביטוח	מועדן השלישי לביטוח	מועדן הרביעי לביטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אני/ מזמין/ים להשאר את הפליסת הקיימת בתוקף ללא שינוי
לידייעתך/כם, הכספי אליו/ם מבקש/ים להציגו הינו כסוי נסף, המביטה מקרה דומה לتأسي הקיימים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כסוי זה. אני/ מאשר/ים את רכישת הכספי וגבית הפרמייה הנוספת.

אני/ מזמין/ים להשאר את הפליסת הקיימת ולהקטין בה את היוקרה הפיזיון:
ברכישת כסוי מסווג נכויות:
לידייעתך/כם, הכספי אליו/ם מבקש/ים להציגו הינו כסוי נסף, המביטה מקרה דומה לتأسي הקיימים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כסוי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכספי וגבית הפרמייה הנוספת.
לצורך הקטנת היוקרה הכספי יש להעביר בקשה מתאימה לחברת המבטחת.

אני/ מזמין/ים לבטל את הפליסת הקיימת
אם ברצונך/כם כי בבקשת הביטוח תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפליסת שברצונך/כם לבטל:
 על ידר ע"י סוכן הביטוח
 ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשה ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:

במקרים בהם ברשות המועדדים לbijtoch פוליסת קיימת (סוג נכויות בלבד) ויקבעו לו/להם החרוגות בפליסת החדש: על סוכן הביטוח למלא מסך השווה שיכלול לכל הפקות השווה בין ההחרוגות שנקבעו לכל מועד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבספליסת הקיימת.

מסמך אינטרנט מוציאר ביטוח

						רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מואבטה שיאפשר לך לראות במרוכז את מוציאר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל ואת על בסיס נתונים שאנו נعتبر אליהם.
						אם אין מעוניין שנעבור את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברותנו לאחר צירוף לפוליסת.
						לידייעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות את מוציאר האינטרנט המאורבעת את מוציאר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
						באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באוצר האישוי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il . שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאתה מעוניין בהעברת הנתונים לא יערבו גם לגבי פוליסת זו.



1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כוללות התחייבות להצהרת הבリアות ומשמעותה תנאי יסוד לחזווה הביטוח בין לחברת הביטוח וייחו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להציגו על קבלת ההצעה או דוחיתה מבלתי שתהיה חייבות להציגו או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיון.
3. לדיוקנה, והוספה כיiso נושא, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך תנונה לבחירתך, והנ' רשי לבחור בהם או לווור עליהם, מבלתי שהדבר יפגע בtier תנאי הפוליסה.
4. אף שאנו חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפוחר לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות ליתרונות אחרות, לרבות החשבים אקטואריים. המידע ייאסף, יישמר ויעבד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתו שלה) ואגדים שלישים הפעלים עבון ו/או מטען, למטרות אלו. פרטיים נוספים ניתן למצוא במידיניות הפרטיות שבאתר החברה.
5. ההתקשרות עם קבוצת הראל תיכנס לתקופה רק בכפוף לקבלת ההחלטה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנה ניתן לגבות את הפקרדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, ההחלטה הביטוחית ייכנס לתקופה, רק לאחר אישור המועד לביטוח להחרוגות ולתנאים המיוחדים, ככל שייהו וכפי שיקבעו על ידי המבוחחת.
6. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לדיוקנה, יתכן שהכניםים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זמינים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף על פוליסת היקף הכספיים, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il.
7. לדיוקנה, לצורך ייעול ושיפור השירות הנתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיווירם והמסמכים, אשר ישלו לך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה-"אזור האשורי" שלך שבאתר החברה.
8. ככל שהינו אDEM עם מוגבלות, הגדרתו בחוק שווין זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכליות לרבות קוגניטיבית, קבוצה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", ана עדכן אותו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשר לך לביטוח תיכון בהתאם להוראות החוק.
9. לתשומתך, במקורה שלא ניתן לצרף או שיקבשו לך תנאי חיים לעניין אחד או יותר מהכספיים המבוקשים בהצעה זו, לא יופיקו יתר הכספיים המבוקשים עד לקבלת אישור בכתב להפקת הפוליסה ללא הכספיים אלה ולא ניתן לצרף או עד לקבלת אישור לתנאי החיים, לפי העניין.

יב אישור למסירת מיעד מהותי

האם נמסר לך טרם שתימתך על טופס זה מיעד מהותי לגבי הביטוח / או הוסף הכספי, ההרחבה או כתוב השירות			מוועמד ראשון לביטוח			מוועמד שני לביטוח		
			לא	כן	לא	לא	כן	לא
תוקף הביטוח, לרבות האם היא קבוצה או משתנה; ואם משתנה- הוצאה טבלת פירוט ההשתנות של הפרימה בכל הגילאים; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולים אחרים עיקריים; פירוט אמצעי התשלומים האפשריים, תנאי התשלומים ומוגבלותם; הוצאה על קיומן של תקופת אכשלה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוח, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישן) ואודות אפשרות לקבל פרטמים מלאים עליהם? במידה וברצונך לקבל מידע מדויק מפרט אודות רפואיים מוחותיים אלו / או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלוים לה, באפשרות לפנות להראל / או לסקון שפטוני מופיעים בתחילת הצעה זו ולקיים בכתב. בהתאם למסמיכים על תנאי הפוליסה המלائم מצויים באתר החברה שכתובת: www.harel-group.co.il .								

יג הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני מבקש להציג לך תוכנית כאמור בטופס זה.
 2. אני מצהיר ומתחייב בתאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות ונינתן מרצוני החופשי.
 3. אני מסמיך את סוכן הביטוח שלו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגשה ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ובעורי, את כל ההודעות / או המסמיכים הקשורים להליך החיים והליך הה策טרופות לפוליסה זו.
 4. אני מסכימ כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו, במקומות מסוימים להליך החיים והליך הה策טרופות לפוליסה זו.
 5. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה / או את המידע בסוגיית הליך החיים והליך הה策טרופות לפוליסה זו גם יישור אליך, ביכולתך לננות להראל, בכלל עת, בטלפון *הראל (2735).
 6. אני/נו הרחומים /ם מטה נזון/ים בזה רשות לקובעת חולמים / או למוסדות הרפואים / או לצרא"ל, וכן לכל הרופאים / או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואים ובתי חולים אחרים, למיל"ל / או למשרד הביטוחן / או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, / או לכל מוסד ו/orם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ו/ישוב בע"מ הפליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבוקש") כל מידע המחייב בדיקות, ללא יוצא מן הכלל ובקרה שתידרש על ידי המבוקש על מצב בריאותינו ועל כל מחלת שחילית/נו בה בעבר ו/או שאנו/נו חולה/ים בה כעת / או שआחלה בה בעיתד ואנו/נו משחררים אתכם מחייבת שמירה על סודיות פרטיות ומוותר על סודיות זו כלפי המבוקש. ולא תהאינה לנו/נו אליכם / או למבוקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנו". כתוב ויתור זה מחייב/נו, את עבונינו/נו ובאי כוח/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילי/נו הקטינים.
- תאריך:
חתימת המועמד הראשון לביטוח: //
- תאריך:
חתימת המועמד השני לביטוח: //

מצהרת הסוכן (סעיפים חובה לחתימת הסוכן)

1. מצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חזור צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהוות גנדרש.
2. אני מצהיר כי ככל שהמוצהר צירוף לכיסוי נכסות /או מות מתואנה, הצירוף נעשה על ידי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך בחוזר תאונות אישיות.
3. השוואת ביטול של פולישה מקורית: להלן השוואאה שערכתי בין הפולישה הקיימת לפולישה המוצעת: (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים) פרמייה בפולישה המוצעת <input type="checkbox"/> נמוכה יותר <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי <input type="checkbox"/> אחר היוף / תנאי הכספי בפולישה המוצעת <input type="checkbox"/> רחוב יותר <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי <input type="checkbox"/> אחר סכומי הביטוח/תקנות בפולישה מוצעת <input type="checkbox"/> גבוהים יותר <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי <input type="checkbox"/> אחר רמת השירותים בחברה החדשה <input type="checkbox"/> טובות יותר <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי <input type="checkbox"/> אחר פרוטנסוף:
לאחר בוחנת הפולישה הקיימת מול הפולישה המוצעת, המלצתי למועדם/ים לביטוח לעבר לפולישה בהראל.
תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

מצהרת תשלום שלאינו המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות/ח.פ.	תעודת זהות
רחוב	ישוב	טלפון	טלפון נייד
מורות הקשר בין המשלים לבין המבוטח אם החותם מזהיר בכך את כל הנקודות הפרטימ בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלומים לפולישה יבוצעו עבור המבוטח/ים בפולישה וכי כל תשלום אשר על החברה לשולם מכוח הפולישה ובקשר אליה, יבוצע לפחות בעל הפולישה/המבוטח/המוסב בהתאם למקרה. ידוע לי כי באחריותו להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרט המשלים ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזיר תשלום במקרה של לא התקבלה הודעה כאמור. מצהרת תשלום חריג שנינו מעסיק של המבוטח ידוע לי כי התשלום בגין הפולישה הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומוחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני עלשמו.			
שם תשלום	תעודת זהות	תאריך	חתימה

שם בעל הכרטיס:	<input type="checkbox"/> לאומי ויהה	<input type="checkbox"/> ישראכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/> זיוה כל	<input type="checkbox"/> דינרס	<input type="checkbox"/> אחרת
מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי				
מספר זהות	כתובת בעל הכרטיס					

הוראה זו נחתמה על ידי, בעל הכרטיס, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכוםיהם, הויל וניתנה על ידי הרשותה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למונפקת הכרטיס חיבורים מעט יותר כפי שתפרטו למנפיקה. הרשותה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיוופק ויישא מספר אחר כחולה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך:
במידה ובבעל הכרטיס שונה מההழמך לביטוח, יש למלא טופס משלם חריג, הטופס מצוי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il.

תשלום בהוראת קבוע לבנק

ט' 1

מספר חשבון בנק	שם חשבון	כתובת הסנייפ:		סניף:		לכבוד, בנק:	
		אסמכתא/מס' מזהה של הלוקוט בחברה		קוד מסלקה		קוד המוסד	
		סניף	בנק	סניף	בנק	סניף	בנק
6	0	8	0				

הרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
הרשותה הכלולת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

▪ מועד פיקעת תוקף הרשותה - ביום/...../.....
תកרת סכום החיבור -₪.
لتשומת לבך,
▪ אי סימון אחת מהחולפות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
▪ אם ישלו על ידי המوطב חיבורים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלוקוט, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעותיות הכרוכות בכך.

1. א/נ/ז/ח/מ:
שם בעל הحساب כמפורט בספרי הבנק
מס' ת.זהות / ע.פ.

מכותבת:

- רוחב מיקוד מס' עיר אסם בנק
- מבקשים בזה להקים בחשבוןנו הנ"ל ("החשבון") הרשותה לחיבור חשבוןנו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בעפ"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למוגבלות ססומנו לעיל (כל שסומנו).
2. כמו כן יכולו הרשותה הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשותה לחיבור החשבון.
 ב. הרשותה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יומם עסקים אחד לאחר מעת להזדהעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הרשותה כל דין.
 ג. נהיה רשאים לבטל חיבור מסויים, ובלבד שהזדהעה על רק תימסר על ידו בכתב לבנק, לא יותר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיבור. ככל שהזדהעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, הזכיר יעשה בערך יומם מעת הזדהעת הביטול.
 ד. נהיה רשאים לדרש מהבנק, בהזדהעה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אכן תואם את מועד פיקעת התוקף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.
 ה. הבנק אין אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינו לבין המוטב.
 ו. הרשותה שלא עשו בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיבור האחרון, בטללה.
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשותה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינו לבון הבנק.
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן הסדר המפורט בהרשותה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על רק מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשותה

לקוח נכבד, סכום החיבור ומועדיו יקבעו מעט לעת על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית / או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך:
חתימת בעלי הحساب:**מועד התשלום בהוראת קבוע**

ט' 2

שם לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כבירת מחדל.	<input type="checkbox"/> 14 לחודש	<input type="checkbox"/> 5 לחודש	<input type="checkbox"/> 25 לחודש
--	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------



dt3200

עמוד 9 מתוך 9

ס.מ מס' מס' 3200