

שם הסוכן: מספר הסוכן: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:

חשוב לדעת:

- עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
- מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

א. פרטי המועמדים לביטוח

אופן קבלת הודעות ומסמכים:

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידע ועדכונים ביחס לפוליסות שלך אצלנו ב"הראל", ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהראל במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחלק הפרטים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסמן כאן ☐ לעדכון בפרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מועמד ראשי לביטוח	
						מספר זהות
						שם משפחה
						שם פרטי
☐ נקבה ☐ זכר	☐ נקבה ☐ זכר	☐ נקבה ☐ זכר	☐ נקבה ☐ זכר	☐ נקבה ☐ זכר	☐ נקבה ☐ זכר	מין
						תאריך לידה
						קופת חולים
						שב"ן
						מצב אישי
						טלפון נייד
						כתובת דוא"ל
☐ כתובת זהה למועמד הראשי						כתובת מגורים
						רחוב
						מס' בית
						יישוב



שם התוכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
נספח טיפולים פרימיים- טיפולים רפואיים מתקדמים						

ג. הצהרת בריאות (קוד פנימי - 30)

- הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
- יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

מבוטח ראשי												בן/בת זוג												ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4													
לא												כן												לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן												
א. האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:																																											
												1 ☐ מערכת העצבים* ☐ אירוע מוחי* ☐ טרשת נפוצה* ☐ פוליו* ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* ☐ פרקינסון* ☐ רעד* ☐ אוטיזם* ☐ תסמונת דאון* ☐ שיתוק מוחין* ☐ פיגור שכלי* ¹																															
																								2 ☐ מחלה/ בעיה ברשתית העין																			
3 ☐ ליקוי שמיעה																																											
												4 ☐ דום נשימה בשינה																															
5 ☐ לב [4]																																											
												6 ☐ מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 5 השנים האחרונות: ☐ יתר לחץ דם [5] ☐ סוכרת [12] ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול [6]																															
7 ☐ ריאות ודרכי הנשימה [3] ☐ סיסטיק פיברוזיס*																																											
												8 ☐ פיברומיאלגיה																															
9 ☐ גב ועמוד השדרה [21] ☐ ברכיים [20] ☐ מפרקים [18] [19]																																											
												10 ☐ גידולים ממאירים/ מחלות ממאירות (סרטן)*																															
11 לילדים עד גיל 18: ☐ הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/ טיפול רפואי* ☐ נולדה/ פג- לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים.																																											
												ב. הליך ברור רפואי:																															
												האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד- שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/ הרדמה)																															
																								אם כן- האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות ? ☐ כן ☐ לא *																			

כן	לא	1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית ביטוח מסוג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")?
		הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:.....
		מידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי:.....
		2. אם התשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם

☐ עבור פוליסה קיימת פרטית בהראל:

אני/ו מעוניינים/ים להחליף את הפוליסה הקיימת בפוליסה החדשה

☐ עבור פוליסה קיימת בביטוח קבוצתי:

אני/ו מעוניינים/ים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי

☐ אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בחברה אחרת

האם ברצונכם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל:

☐ על ידכם ☐ ע"י סוכן הביטוח ☐ ע"י חברת הביטוח הראל- יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול.

שם חברת הביטוח:

במקרים בהם ברשות המועמד/ים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.

ה. מידע למועמד לביטוח

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליך.
2. רשות שוק ההון ביטוח וחסכון מפרסת השוואה של פרימות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברת הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: www.mof.gov.il.

3. **קבלת דבר פרסומת:** הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוכי אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פנייה טלפונית למספר *2735.

4. **שימוש במידע:** אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן, תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

5. **למעשנים בלבד:** אם נקבעה לך תוספת רפואת עקב עישון או תעריף "מעשן", והפסקת לעשן למשך שנתיים ויותר, יש לעדכן אותנו או את סוכן הביטוח שלך כדי שנבחן את ביטול התוספת הרפואית או עדכון התעריף.

6. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מגבלות, תשנ"ח-1998,** "אדם עם לקות פיזית, נפשית, או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשרה בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.

7. **בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבוצתי לביטוח פרטי:** חשוב לדעת שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אינם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ניתן ליצור איתנו קשר באתר שלנו בכתובת www.harel-group.co.il או דרך סוכן הביטוח שלך.

8. **גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח, וישתנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל ייקבע כאילו חל יום הולדת המבוטח, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשום בתעודת הזהות. למשל, אם חגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יחושב ה"גיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

9. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

כן	לא	יש לענות על השאלות לא/כן בטור המתאים:
		1. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי/ההרחבה לפוליסת הביטוח הקיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי: פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגת בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטים מלאים עליה? 2. הסכמה על שימוש במידע: האם הנך מסכימ/ה, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה, ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות, כאמור, להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל? תאריך: שם המבוטח: חתימת המבוטח:

3. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:
רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשת שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי 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 שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

4. אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

5. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאי חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח, ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.

□ אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

6. ויתור סודיות רפואית: אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחלית/ינו בה בעבר ו/או שאנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואנינו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצבנו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

7. תנאי קבלה מיוחדים (החרגות ו/או תוספות): במידה והכיסויים הנרכשים מחליפים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ילדי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכיסויים החדשים.

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות וניתנות מתוך רצוני החופשי, ומבקש/ת לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
אם הביטוח נרכש גם עבור ילדים קטינים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

מועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
בן /בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך: שם: ת"ז:
מספר רישיון: חתימה וחותמת:

יש לענות כן/לא בטור המתאים:	לא	כן
אני מבקש/ת לקבל ישירות מחברת מרפאט בע"מ ("מרפאט") הצעה לרכישת שירותי בריאות לחיות מחמד ולצורך כך מבקש/ת שהראל תעביר את פרטי ההתקשרות שלי (המפורטים בטופס זה ו/או שבידי הראל) למרפאט. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שלי נמסרים על ידי באופן ישיר למרפאט (אך באמצעות הראל). *שירותי בריאות לחיות מחמד של מרפאט אינם מוצרי ביטוח ואינם מפקחים על ידי רשות שוק ההון, והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט. תאריך: שם: חתימה:		



ח. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה המוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צורכי המועמדים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת לצרכיהם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
- במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:**
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמיה בפוליסה המוצעת	נמוכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה המוצעת	גבוהים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
רמת השירות בחברה החדשה	טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
פרוט נוסף	

לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמדים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל

תאריך: שם הסוכן : חתימת הסוכן:

אמצעי לתשלום פרמיות ביטוח רפואי

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
לתשומת לבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.
מועדי הגבייה: בתשלום כרטיס האשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי
בתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	המוסד	קוד מסלוקה	סוג חשבון	מספר חשבון בנק
	608	בנק סניף		

- ☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -
☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
☐ תקרת סכום החיוב: ש.
☐ מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25
לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק
מס' ת. זהות / ח.פ.

מכתובת:
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).

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 שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שההודעה על כך תימסר לידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה 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 שבנינו לבין המוטב.
 - הרשאה של יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנינו 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.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה:

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי **הראל חברה לביטוח בע"מ**, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספתיה/ן.

תאריך: חתימת בעל החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ לאומי ויזה ☐ ויזה כאל ☐ ישראלכרט ☐ דינירס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר
תוקף הכרטיס מס' הכרטיס

- לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.
- סכומי הביטוח ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסה/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.
- ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.
- היה ופוליסה/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: שם בעל הכרטיס: ת"ז בעל הכרטיס: חתימת בעל הכרטיס:



dt2511

סוג מסמך: 2511

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).
2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:
חשוב לדעת, בקשה זו דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי				
שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	יישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? ☐ הורה ☐ ילד ☐ אחר

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

