

השימוש בטופס זה מאושר עד ה-31.12.2025.
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל: agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

בטופס זה, תקרות סכומי הביטוח הניתנות לרכישה כולל סכומי ביטוח אם קיימים בהראל הינם עד לגובה הסכומים על פי הנחיות החיתום של החברה.

שם סוכן: מס' סוכן: מס' הצעה: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:
שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
אני, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

א פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצער מבין השניים)									
שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)			תאריך לידה		מין
									☐ ז ☐ נ
מצב אישי		מס' ילדים		עיסוק					
☐ נשוי ☐ רווק ☐ גרוש ☐ אלמן									
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד		טלפון	טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני:									
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה 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 ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת.									
לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il .									

ב פרטי המועמד השני לביטוח									
שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)			תאריך לידה		מין
									☐ ז ☐ נ
מצב אישי		מס' ילדים		עיסוק					
☐ נשוי ☐ רווק ☐ גרוש ☐ אלמן									
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד		טלפון	טלפון נייד

שם התכנית	מועמד ראשון	מועמד שני	תקופת ביטוח עד גיל מקסימאלי
☐ מגן ¹	 (מינימום 50,000 ₪)	 (מינימום 50,000 ₪)	80
☐ מגן זוגי Extra ^{1/2}	 (מינימום 500,000 ₪)	 (מינימום 500,000 ₪)	80
☐ מגן חודשי	- 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 ☐	80
☐ מגן חודשי זוגי Extra ^{1/2}	- 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 ☐	80
☐ הכנסה למשפחה	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים)	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים)	75
☐ הכנסה למשפחה זוגית Extra ²	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח ₪ (מינימום 2,000 ₪)		75
☐ הראל מגן משלים לילד	מוטב 1 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐	מוטב 1 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐	תקופת הביטוח - תקופת הביטוח במוצר זה מורכבת מ"תקופת השהיה" ומ"תקופת תשלום" אשר תבחר בטופס זה. תקופת ההשהיה - תקופה שמתחילה במועד תחילת הביטוח שבמהלכה לא ישולמו תגמולי ביטוח. מוטבים - לתשומת לבך, המוטב על פי סעיף זה יחול לגבי מוצר זה בלבד. בהמשך הטופס ניתן לקבוע מוטבים לגבי יתר המוצרים המבוקשים בטופס זה. בהעדר מינוי מוטבים הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על פי דין בהתאם לצו ירושה או על פי צו קיום צוואה.
מוטב 2 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐	מוטב 2 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐		
מוטב 3 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐	מוטב 3 - שם - תעודת זהות - תאריך לידה - קרבה - סכום ביטוח חודשי - תקופת ההשהיה - אנא בחר תקופה בין שנה ל-21 שנים: - תקופת תשלום בשנים: 5 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 15 ☐		

שם התכנית	מועמד ראשון	מועמד שני	תקופת ביטוח עד גיל מקסימאלי
נספחים לתוכנית מגן 1/ מגן חודשי - סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח בכיסוי מגן.			
☐ חוסן למחר פלוס (הגדרת העיסוק בפוליסה תהיה בהתאם להצהרת המבוטח בדבר עיסוקו ובהתאם לטבלת המקצועות העדכנית בחברה בעת ההצטרפות)	ש.....	ש.....	70
☐ נכות מתאונה³ ביטול חריג ספורט אתגרי חובבני (לרכישה מגיל 21)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	75
☐ מוות מתאונה³ ביטול חריג ספורט אתגרי חובבני (לרכישה מגיל 21)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	75
☐ שחרור מתשלום פרמיה (תקופת המתנה 3 חודשים, הגדרת עיסוק סביר אחר בלבד)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	(מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	67

הפרמיה בכל התוכניות והנספחים משתנה כל שנה

1. הטבה בעת רכישת כיסוי מסוג "מגן 1" ו/או "מגן זוגי Extra": קבלת מקדמה על חשבון תשלום סכום הביטוח למקרה פטירה (להלן: "ההטבה"):
במקרה פטירה חו"ח תשלום המבוטח המבוגר ביותר מעל גיל 18 (להלן: "המוטב הזכאי"), מקדמה בגובה 5% מסכום הביטוח למקרה פטירה בפוליסה או סך של 50,000 ₪ לפי הנמוך (להלן: "המקדמה").
המקדמה תועבר לחשבון הבנק של המוטב הזכאי בתוך 2 ימי עסקים בכפוף לקבלת טופס ייעודי חתום על ידי המוטב אליו תצורף הודעת קבורה או הודעה מכת החולים על הפטירה, וזאת טרם בירור התביעה בהתאם לתנאי הפוליסה.
למען הסר ספק, תשלום המקדמה לא מהווה אישור תביעת הפטירה, ובמידה ויוחלט על ידי חברת הביטוח שהמוטבים אינם זכאים לתשלום בהתאם לתנאי הפוליסה או להוראות הדין, יידרש המוטב הזכאי להחזיר את המקדמה שקיבל לידי.
ככל שהתביעה תוכר על ידי חברת הביטוח, תקוזז המקדמה מהסכום המגיע למוטב הזכאי שקיבל את המקדמה.

תנאים לקיום ההטבה:

- מונו מוטבים בפוליסה וקיים מוטב זכאי.
- הפוליסה פעילה ולא קיים שעבוד או עיקול על הפוליסה.

2. הראל מגן זוגי Extra, הכנסה למשפחה זוגית Extra ומגן חודשי זוגי Extra
מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים יחולו הוראות אלה:

1. במועד קרות מקרה הביטוח לאחד המבוטחים, יוכפל סכום הביטוח בפוליסה של המבוטח הנותר בחיים בלבד, ללא הגדלת הפרמיה ("ההטבה הראשונה").
2. בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים **שנובע מאותה תאונה*** שנגרמה מגורם חיצוני שלא תוכנן על ידי המבוטחים ושאיירע בתוך 12 חודשים, או בקרות מקרי ביטוח (שונים) לשני המבוטחים שאירעו בתוך 30 ימים, יוכפל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים (בהתאם לתנאים ולסכום הקבוע בפוליסה של אותו המבוטח במועד האירוע), ובכפוף לאמור בסעיפים 4-5 להלן ("ההטבה השנייה").
3. במהלך תקופה של 3 חודשים ממועד הולדת ילד משותף לשני המבוטחים בפוליסה, יהיה זכאי כל אחד מהמבוטחים לבקש מהחברה להגדיל את סכום הביטוח **** בפוליסה ב-20% מסכום הביטוח הקיים** במועד ההגדלה או ב-200,000 ₪, לפי הנמוך מביניהם, וזאת ללא הליך של חיתום רפואי ובכפוף להגשת בקשה מתאימה לחברה ולתשלום פרמיה נוספת בגין ההגדלה. סך כל ההגדלות של סכומי הביטוח מכוח הטבה זו, לגבי כל אחד מהמבוטחים בכל תקופת הביטוח, לא יעלה על 50% מסכום הביטוח המקורי שנרכש בפוליסה או על סכום של 500,000 ₪, לפי הנמוך מביניהם. **הטבת הולדת ילד זו אינה חלה על מוצר הכנסה למשפחה זוגית Extra ("הטבת הולדת ילד").**

4. למען הסר ספק יובהר כי כל אחת מההטבות המפורטות בסעיפים 1-3 לעיל **יפקעו ולמבוטח לא תהא זכאות לקבלן, בכל אחד מהמקרים הבאים:**

- 4.1. הפוליסה לא הייתה בתוקף עבור איזה משני המבוטחים במועד קרות מקרה הביטוח הראשון.
- 4.2. הפוליסה לא הייתה בתוקף עבור המבוטח הנותר בחיים במועד קרות מקרה הביטוח השני.
- 4.3. סיום תקופת הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת ביטוח.
- 4.4. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח.

5. בנוסף, ההטבות המפורטות בסעיפים 1-2 לעיל (ההטבה הראשונה וההטבה השנייה) ניתנות לכל מבוטח עד לסכום ביטוח של 2 מיליון ₪ במצטבר, בכל פוליסות ביטוח החיים הקיימות על שם כל אחד מהמבוטחים בחברה, למעט פוליסות ביטוח חיים להבטחת משכנתא. מימוש ההטבות יבוצע תחילה בפוליסות מגן 1 ולאחר מכן בפוליסות מגן חודשי ולאחר מכן הכנסה למשפחה, ככל שתיוותר זכאות לכך.
לדוגמא לגבי מתן ההטבה השנייה: זוג רכש סכום ביטוח של 2.5 מיליון ₪ לכל אחד, ואירעו 2 מקרי ביטוח של פטירה בתוך 15 ימים - זכאות המוטב של **כל אחד מהמבוטחים תהיה בסכום של 4.5 מיליון ₪**. דוגמא נוספת להטבה השנייה: אם זוג רכש סכומי ביטוח שונים לכל אחד: סכום ביטוח של 1 מיליון ₪ למבוטח הראשון וסכום ביטוח של 5 מיליון ₪ למבוטחת השנייה, ואירעו 2 מקרי ביטוח של פטירה בתוך 15 ימים - המוטבים של המבוטח הראשון יקבלו 2 מיליון ₪ והמוטבים של המבוטחת השנייה יקבלו 7 מיליון ₪.

*תאונה - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי, בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמידית למוות. למען הסר ספק - אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרבות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים למוות לא ייחשבו כ"תאונה".

**במוצר מגן חודשי, סכום הביטוח הוא הסכום החודשי מוכפל במספר החודשים שבהם ישולמו תגמולי הביטוח.

3. כיסוי נכות מתאונה ומוות מתאונה

במסגרת רשימת החרגים בביטוח זה, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח שנגרם עקב נהיגה ברכב דו גלגלי או למקרה ביטוח שנגרם עקב רכיבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגווי וכיוצ"ב למבוטח שגילו 21 ומעלה. ניתן לרכוש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכפוף לאישור החברה. **בכל מקרה לא יהיה כיסוי במקרה שהנהיגה בכלי התחבורה הינה מתוקף עיסוקו של המבוטח.**

T

103

[illegible]

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2015

$$\frac{1}{n^4}$$

1001

[illegible][illegible]
$$\frac{1}{1^5}$$

הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

1. יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כן) יש לצרף שאלון מתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

2. לידיעתך, בין אם התשובה לשאלה בנושא איידס ו/או נשאות HIV תהיה חיובית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש/י לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.

3. אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
כן	לא	כן	לא
האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות?			
אם כן, מועמד ראשון - כמה סיגריות ביום?, מועמד שני - כמה סיגריות ביום?			
1. האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:			
א. ☐ לב [4] ☐ כלי דם [7]			
ב. האם ב-10 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול לצורך טיפול ב: ☐ יתר לחץ דם [5] ☐ סוכרת [12] ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול [6]			
ג. ריאות ודרכי הנשימה [3]			
ד. ☐ מערכת העצבים * ☐ המוח * ☐ גידולי מוח * ☐ טרשת נפוצה * ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * ☐ אירוע מוחי * ☐ פרקינסון * ☐ אפילפסיה [22]			
ה. ☐ כבד לרבות צהבת [10] ☐ מחלה כרונית במערכת העיכול/מעיים [9]			
ו. גידולים ממאירים/מחלות ממאירות (סרטן) *			
ז. מחלת נפש מאובחנת, לרבות חרדה, דיכאון, OCD ופוסט טראומה (PTSD) [25]			
ח. כליות [13]			
ט. ☐ איידס ו/או נשאות HIV * ☐ זאבת (לופוס) *			
2. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים? [33]			
3. האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? *			
4. האם אושפזת מעל ל-7 ימים ב-3 השנים האחרונות? [23]			
5. האם נקבעה לך נכות העולה על 35%? *			
6. 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, CT, MRI, 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 *			

ברכישת הכיסויים: הראל חוסן למחר פלוס ו/או מוות/נכות מתאונה ו/או שחרור מתשלום פרמיה, יש לענות בנוסף גם על השאלות הבאות:

האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:		כן	לא
7. ירידה בצפיפות העצם [17]			
8. ☐ גב ועמוד שדרה [21] ☐ ברכיים [20] ☐ מפרקים [18] [19]			
9. ליקוי ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 8)			
10. ליקוי שמיעה [2]			

ה הסכמה לשימוש במידע

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
כן	לא	כן	לא
אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת 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.			
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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS/WhatsApp).			
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 פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.			

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
כן	לא	כן	לא	
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")? הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:				
במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.				
מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
☐	☐	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי: לידיעתך/כם, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.		
☐	☐	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: ברכישת כיסוי מסוג נכיות: לידיעתך/כם, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת. לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.		
☐	☐	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: ☐ על ידך ☐ ע"י סוכן הביטוח ☐ ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס הצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:		
במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת (מסוג נכיות בלבד) 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.				

י ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוףך לפוליסה.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז 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, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

יא מידע למועמדים לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בד"ן.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
- ההתקשרות עם קבוצת הראל תכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, ייתכן שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il.
- לידיעתך, לצורך יעוץ ושיפור השירות הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
- מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.
- לתשומת לבך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שייקבעו תנאי חיתום לעניין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זו, לא יופקו יתר הכיסויים המבוקשים עד לקבלת אישורך בכתב להפקת הפוליסה ללא הכיסויים אליהם לא ניתן לצרף אותך או עד לקבלת אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.
- למעשנים בלבד:** אם נקבעה לך תוספת רפואית 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.

יב אישור למסירת מידע מהותי

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
כן	לא	כן	לא	
האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; ואם משתנה - הוצגה טבלת פירוט ההשתנות של הפרמיה בכל הגילאים; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח; עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום ומועדי הגבייה; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן? במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il.				



dt3020

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
3. א. אני מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
- ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- ג. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).
4. אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או 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 לביורר ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר 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 כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

.....	
תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח
.....	
תאריך	חתימת המועמד השני לביטוח

יד הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהותי הנדרש.
2. אני מצהיר כי ככל שהמבוטח צורך לכיסוי נכות ו/או מוות מתאונה, הצירוף נעשה על ידי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון בחוזר תאונות אישיות לעניין צירוף לביטוח תאונות אישיות.
3. השוואה וביטול של פוליסה מקורית:
- להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:
- (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)
- פרמיה בפוליסה המוצעת ☐ נמוכה יותר ☐ ללא הבדל מהותי ☐ אחר
- היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת ☐ רחב יותר ☐ ללא הבדל מהותי ☐ אחר
- סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת ☐ גבוהים יותר ☐ ללא הבדל מהותי ☐ אחר
- רמת השירות בחברה החדשה ☐ טובה יותר ☐ ללא הבדל מהותי ☐ אחר
- פרוט נוסף:
-
-
- לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.

.....		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

טו הצהרת משלם שאינו המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות/ח.פ.	
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח					
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים לפוליסה יבוצעו עבור המבוטח/ים שבנדון. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש ו/או שינוי ו/או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותי להודיע לחברה במיידע על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותי לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלום דמי הביטוח בפוליסה.					
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. כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח/ המוטב/ בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.					
הצהרת משלם חריג שהינו מעסיק של המבוטח					
ידוע לי כי התשלום בגין הפוליסה הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו.					
שם משלם	תעודת זהות	תאריך	חתימה		

סוג הכרטיס: ☐ לאומי ויזה ☐ ישראלכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ ויזה כאל ☐ דינרס ☐ אחר:	
מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס
מס' זהות	כתובת בעל הכרטיס
הוראה זו נחתמה על ידי, בעל הכרטיס, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל 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 בהוראה זו. תאריך: חתימת בעלי הכרטיס: 	

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח, יש למלא טופס משלם חריג, הטופס מצוי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il.

י1 תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה				
לכבוד, בנק:	סניף: כתובת הסניף:			
מס' חשבון בנק	סוג חשבון			
קוד מסלקה	קוד המוסד			
סניף	בנק			
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	מס' ת.זהות / ח.פ.			
☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או ☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: ☐ תקרת סכום החיוב - ש"ח. ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום / / 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/ו הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.זהות / ח.פ. מכתובת: <table border="1"> <tr> <td>מיקוד</td> <td>עיר</td> <td>מס'</td> <td>רחוב</td> </tr> </table> 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: א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. 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. 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. 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 ותוספותיה/ן. תאריך: חתימת בעלי החשבון: 	מיקוד	עיר	מס'	רחוב
מיקוד	עיר	מס'	רחוב	

י2 מועד התשלום בהוראת קבע

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה- ☐ 5 לחודש ☐ 14 לחודש ☐ 25 לחודש שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.
--

