

שם הסוכן:..... מספר סוכן:..... 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"הרצל", יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהרצל 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 הפרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il

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

חשוב לדעת:

- כשרוכשים יותר ממנה אחת, סכומי הביטוח בכיסויים לניתוח פלסטי מתאונה וניתוח עקב פגיעה אורתופדית מתאונה וטיפול פיזיותרפיה, אינם מוכפלים ולא יעלו על הסכום המפורט בטבלה מטה עבור מנה אחת.
- במסגרת רשימת החריגים בביטוח זה, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח שנגרם עקב נהיגה ברכב דו גלגלי ו/או החל מגיל 21 - למקרה ביטוח שנגרם עקב רכיבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגוי וכיוצ"ב. ניתן לרכוש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכפוף לאישור החברה. **בכל מקרה לא יהיה כיסוי בפוליסה ככל שהנהיגה בכלי התחבורה הינה מתוקף עיסוקו של המבוטח.**

יש לסמן את תוכניות הביטוח המבוקשות						
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	סכומי הביטוח למנה אחת של "הראל ביטוח תאונות אישיות"
הראל ביטוח תאונות אישיות ניתן לרכוש עד 10 מנות	מנות	מנות	מנות	מנות	מנות	מוות/נכות מתאונה 50,000 ₪
נספחים						
ביטול חריג ספורט אתגרי						שברים וכוויות מתאונה 10,000 ₪
פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית מתאונה (מעל גיל 21)	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	אשפוז כתוצאה מתאונה 100 ₪ ליום
ביטול חריג רכב דו גלגלי / אופניים חשמליים / כלי תחבורה דו גלגלי ממונע / טרקטורן (מעל גיל 21)	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	סיעוד מתאונה 10,000 ₪
	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	ניתוח פלסטי מתאונה תקרת שיפוי - 20,000 ₪
	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	☐ דו גלגלי	ניתוח עקב פגיעה אורתופדית מתאונה כתף: 8,000 ₪ ברך או קרסול: 5,000 ₪

למבוטחים בביטוח ריסק למוות ו/או נכות מתאונה בלבד או למבוטחים ללא שארים, המבקשים לרכוש את הביטוח ללא כיסוי מוות/נכות מתאונה יש לפרט את סוג החבילה המבוקשת. ניתן לרכוש עד 10 מנות.						
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
ללא נכות מתאונה	מנות	מנות	מנות	מנות	מנות	
ללא מוות מתאונה	מנות	מנות	מנות	מנות	מנות	
ללא מוות וללא נכות מתאונה	מנות	מנות	מנות	מנות	מנות	
נספח ביטול חריג דו גלגלי (מעל גיל 21) / נספח ביטול חריג ספורט אתגרי ללא מוות/נכות מתאונה	☐ אתגרי ☐ דו גלגלי	☐ אתגרי ☐ דו גלגלי	☐ אתגרי ☐ דו גלגלי	☐ אתגרי ☐ דו גלגלי	☐ אתגרי ☐ דו גלגלי	

ג. התאמת מוצר (השוואה/ביטול)

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")?
☐	☐	יש לפרט את שמות המבוטחים והכיסויים שברשותם:

אם ענית "כן" - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי בקשתך בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך

☐ אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי, ומאשר/ת את רכישת הכיסוי וגבית הפרמיה הנוספת.	☐ אני מעוניין/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ברצוני שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח בפוליסה קיימת:
☐ אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי, ומאשר/ת את רכישת הכיסוי וגבית הפרמיה הנוספת.	☐ על ידי
להקטנת היקף הפיצוי בפוליסה הקיימת עליך להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.	☐ ע"י סוכן הביטוח
לידיעתך, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה דומה לכיסוי שקיים ברשותך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.	☐ ע"י חברת הביטוח הראל
	שם חברת הביטוח המבטחת:
	(יש לצרף טופס בקשת ביטול)

הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה כן/לא. בסימון תשובה "כן", יש לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה בסימון □. בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כן) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1	האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?									
2	☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות? ירידה בצפיפות העצם ברכישה נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה: האם הנך כיום או היית ב-12 החודשים האחרונים באי כושר עבודה מלא או חלקי?									

האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:

במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם:

אני מאשר/ת בחתימתי כי ככל שיתברר במסגרת הליך חיתומי עבורי כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללת את הכיסויים המבוקשים תתווסף תוספת רפואית לפרמיה שתגבה בפוליסה אשר תופק עבורי - תוספת רפואית לדמי ביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם.

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

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

יש לענות על השאלות כן/לא בטור המתאים:

כן	לא
	1. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי / ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח 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, החרגות 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 שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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:..... חתימה:.....

3. 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 צירוף לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז אתר 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 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.

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 תנאים, 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.

6. 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).

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.



^dt2498

7. **ויתור סודיות רפואית:** אני החתום/ה מטה נותנת/ת בזה 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 ביטוח 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 על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, ואני משחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ת על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.

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
מועמד ראשי				
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

..... תאריך שם ת"ז מס' רישיון חתימה וחותמת

1. שירותי בריאות לחיות מחמד של Marpet* - הסכמה להעברת פרטי התקשרות

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 מוצר ביטוחי ואינם מופקחים על ידי רשות שוק ההון, והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט.		
תאריך:	שם:	חתימה:



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

- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צורכי המועמד/ת, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם לצרכיו/ה, ומסרתי לו/ה את כל המידע המהותי הנדרש.
- הריני מאשר בזאת כי צירוף המועמדים לביטוח המפורטים בטופס הצעה זה לביטוח תאונות אישיות, בוצע על ידי, כמתחייב מסעיף 3.1.2 (ז) לחוזר תאונות אישיות.
- 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
היקף/תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	☐ רחב יותר	☐ ללא הבדל מהותי	☐ אחר
סכומי הביטוח / תקרות בפוליסה המוצעת	☐ גבוהים יותר	☐ ללא הבדל מהותי	☐ אחר
רמת השרות 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:

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - 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)	קוד המוסד	קוד מסלקה	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 פקיעת תוקף ההרשאה - ביום: / /

☐ 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 שהודעה על כך תימסר לידנו 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.
- 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 שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא 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 שבינינו 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.
- 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:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

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

1. לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.

2. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

3. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.

4. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.

5. 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^

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבטחים 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 זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבטחים 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 המבטחים 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
			

