

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 וחתמתו 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](http://www.harel-group.co.il)

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

44057.15 הרצל



^dt2355

**ב. בחירת כיסויים**

פוליסת בריאות בסיסית (יש לסמן ב-v)		ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
<b>בסיס</b>	תרופות מחוץ לסל הבריאות												
	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל												
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל												

פירוט הכיסויים (יש לסמן ב-v)												ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4				
ניתוחים בישראל והרחבות אם לא נבחרה פוליסת בריאות בסיסית, לצורך רכישת כיסויי בריאות נוספים יש לענות על השאלה הבאה:												לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן			
1. לצורך רכישת כיסויים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי, נדרש שיהיו ברשותך <b>כל הכיסויים הכלולים בפוליסת הבריאות הבסיסית: השתלות וטיפולים מיוחדים, תרופות וניתוחים בחו"ל. האם קיימים ברשותך כיסויים אלו (גם בחברות ביטוח אחרות)?</b>																										
2. במידה וענית לא: <ul style="list-style-type: none"> <li>האם הנך בן/בת 60 ומעלה ואינך מעוניין/נת לרכוש את כל או חלק מפוליסת הבריאות הבסיסית?</li> <li>האם בשל הליך חיתומי לא התקבלת לאחת מתכניות הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית או שהתקבלת בכפוף להחרגה או בתוספת חיתומית?</li> <li>אנא ציין את התכנית המדוברת:.....</li> <li>האם הכיסויים המבוקשים על ידך בטופס זה הינם במסגרת מימוש זכות ההמשכיות מפוליסה קבוצתית שהייתה ברשותך?</li> </ul>																										

פירוט הכיסויים (יש לסמן ב-v)												ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
<b>ניתוחים</b>	UPGRADE ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית																						
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- שקל ראשון																						
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000₪																						
<b>תכניות אמבולטורי</b>	ייעוץ ובדיקות - בסיס																						
	ייעוץ ובדיקות- מורחב																						
	אבחון רפואי מהיר - תכנית שירות																						
	טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים																						
	טיפולים ואבחונים לילד																						
<b>כתב שרות</b>	ליווי רפואי וטיפולים לאחר אירוע רפואי משמעותי																						
	רפואה משלימה																						
	רפואה אישית און ליין פלוס (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו ומרפאות לרפואה ראשונית). ביקור רופא בבית*																						

\*שירות ביקור רופא ניתן בכל ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון, חבל עזה ויישובי בקעת הירדן והערבה. השירות ניתן גם במעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקוה. מנוי המתגורר ברמת הגולן יהיה זכאי לשירות בקצרין או בכל ישוב אחר באיזור, כאשר המנוי הנוקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו למוקד הרפואי באיזור.

פירוט הכיסויים (יש לרשום סכום ביטוח מבוקש בש"ח)												ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
<b>סכום הביטוח בש"ח</b>																							
<b>מחלות קשות</b>	מחלות קשות פרימיום - מענקית זהב																						
	מענקית סרטן - פיצוי למחלת הסרטן																						

- 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 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.
- 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.
- חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות אינן נדרשות לצורך הצטרפות לכיסויים המבוקשים בטופס זה, אך הן יאפשרו לבחון את התאמתך למוצרים נוספים בעתיד. באפשרותך לבקש מסוכן הביטוח שאלון ייעודי הכולל שאלות הנדרשות לצורך ההצטרפות לכיסויים אלה בלבד.

מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	מגיל 10	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
<p>גובה (בס"מ) משקל (בק"ג) האם ירדת במשקל בשנתיים האחרונות? מה הסיבה? □ דיאטה? ירדה של ..... ק"ג □ ניתוח להפחתת משקל □ ירידה לאחר לידה □ סיבה אחרת*</p>							
<p><b>האם אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:</b></p>							
1	□	□	□	□	□	□	□
2	□	□	□	□	□	□	□
3	□	□	□	□	□	□	□
4	□	□	□	□	□	□	□
5	□	□	□	□	□	□	□
6	□	□	□	□	□	□	□
7	□	□	□	□	□	□	□
8	□	□	□	□	□	□	□
9	□	□	□	□	□	□	□
10	□	□	□	□	□	□	□
11	□	□	□	□	□	□	□
12	□	□	□	□	□	□	□
13	□	□	□	□	□	□	□
14	□	□	□	□	□	□	□
15	□	□	□	□	□	□	□
16	□	□	□	□	□	□	□
17	□	□	□	□	□	□	□
18	□	□	□	□	□	□	□
19	□	□	□	□	□	□	□
<b>שאלות נוספות</b>							
20	□	□	□	□	□	□	□
21	□	□	□	□	□	□	□
22	□	□	□	□	□	□	□
23	□	□	□	□	□	□	□
24	□	□	□	□	□	□	□
25	□	□	□	□	□	□	□
26	□	□	□	□	□	□	□

(1) השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.



אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאי חיתום המפורטים כאן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

**תוספת רפואית לדמי הביטוח** בשיעור של %....., עקב בעיית:  לחץ דם  כולסטרול  שומנים בדם  סוכרת  ירידה בצפיפות העצם  לב וכלי הדם הכליליים  סיבות אחרות.....

**לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:**  ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי  הריון ולידה נוכחים  הבקע המוצהר בשאלה 10  טחורים  פיסורה  כולסטרול בכיסוי לתרופות  שומנים בדם בכיסוי לתרופות  סוכרת  ירידה בצפיפות העצם בכיסוי לתרופות  אחר:.....

**במקרים בהם ברשות המועמד/ת לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/לה החרגות בפוליסה החדשה:** על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכלל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (מחלות קשות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.

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. התאמת מוצר (השוואה / ביטול)**

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:.....  
 במידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין לוי:.....

2. אם התשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם

כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	להשאיר פוליסת בריאות קיימת (שיפוי) הפוליסה הקיימת היא פוליסה קבוצתית ואני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי במעבר בהמשכיות מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט: <input type="checkbox"/> אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי. (יש לצרף נספח ככל ביטוח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	להשאיר פוליסת מחלות קשות, תאונות או ריסק (פיצוי) קיימת אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי. אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת (יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המרה הפוליסה הקיימת היא פוליסת פרט בהראל ואני מעוניין לבטל אותה ולהחליף אותה בפוליסה החדשה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בחברה אחרת איך תרצו שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל? <input type="checkbox"/> על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:.....

**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 לכלל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (מחלות קשות, תאונות או ריסק למוות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הפיצוי בפוליסה הקיימת.

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליך.
  2. אם ברצונך לרכוש פוליסת בריאות הכוללת מספר כיסויים, יהיה באפשרותך לבטל כל אחד מהכיסויים בכל רגע ללא תלות בכיסויים האחרים. זאת למעט במקרה שרכשת תכנית או כתב שירות, שניתנים לרכישה רק ביחד עם כיסוי בסיס מסוים. במקרה זה, יביא ביטולו של כיסוי הבסיס לביטול של תכנית או כתב שירות זה.
  3. 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, אלא אם הסרת כיסוי מסוים מצריכה הסרת כיסויים נוספים בהתאם להוראות הדין.
  4. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).
  5. **קבלת דבר פרסומת:** הריון 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](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פנייה טלפונית למספר \*2735.
  6. **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.
  7. **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.
  8. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998,** "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", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.
  9. **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](http://www.harel-group.co.il) או דרך סוכן הביטוח שלך.
  10. **גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח בביטוח בריאות:** 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 הגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יחושב ה"גיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.
  11. **בביטוחי בריאות תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר.**
  12. **א. הכיסוי בגין ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - UPGRADG** 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 החולים - כללית מושלם/ פלטיניום, מכבי מגן זהב, לאומית זהב, מאחדת עדיף/ שיא). כלומר, חברת הביטוח תישלם את ההפרש שבין הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין הוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
  13. **ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח,** על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברת ביטוח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
  14. **ג. דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - UPGRADG,** נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
  15. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

יש לענות על השאלות כן/לא בטור המתאים:

כן	לא	
		<p><b>1. קבלת מידע מהותי:</b> 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 עליהן?</p>
		<p><b>2. הסכמה על שימוש במידע:</b> האם הנך מסכימה, 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 המבוטח:..... חתימת המבוטח:.....</p>
		<p><b>3. למבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ:</b> הציעו לי כיסוי הניתוחים הבאים ופירוט בפני את העלויות שלהם: כיסוי מהשקל הראשון, כיסוי אפגרייד משלים שב"ן הכולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ צמוד מדד, וכיסוי משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.</p>

**4. 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. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניינת/ת כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).  
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.  
באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים.  
חשוב לדעת כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניינת/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

5. אני מסמיך 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.

6. **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 להמשך 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.

7. **ויתור סודיות רפואית:** אני החתומה/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 לביטוח המבוקש** למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידים 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 משחררת/אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרת/על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה 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.

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

**אני מצהירה/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות וניתנות מתוך רצוני החופשי, ומבקשת/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' רישוי:..... חתימה וחותמת:.....

כן	לא	יש לענות כן/לא בטור המתאים:
		<p>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.</p> <p>ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שלי נמסרים על ידי באופן ישיר למרפאט (אך באמצעות הראל) באופן שפרטים אלו ישמרו במאגר מידע שמרפאט הינה הבעלים שלו.</p> <p><b>**שירותי בריאות לחיות מחמד של מרפאט אינם מוצר ביטוחי ואינם מפוקחים על ידי רשות שוק ההון, והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט.</b></p> <p>תאריך:..... שם:..... חתימה:.....</p>



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

1. אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזרי המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח ועריכת תכנית לביטוח בריאות, ובפרט בירתתי 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 וכן קיבלתי הסכמתו לרכישת הפוליסה.

2. 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 השרות בחברה החדשה ..... טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט .....
- פרוט נוסף .....

**לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל**

תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימת הסוכן:.....

## א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובת הסניף: .....

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		סניף	בנק	6 0 8	

- הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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 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 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.
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: .....

## ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס אשראי

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 החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.
- ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.
- היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

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





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 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
			

