

שם הסוכן: ..... מספר הסוכן: ..... התאריך המבוקש להתחלת הביטוח: .....

**לתשומת ליבך:** התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לך 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

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הרצל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: .....  
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"הרצל", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)).

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	כתובת זהה למבוטח ראשי	כתובת זהה למבוטח ראשי
רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר
יישוב	יישוב	יישוב
ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	כתובת זהה למבוטח ראשי	כתובת זהה למבוטח ראשי
רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר
יישוב	יישוב	יישוב

\*חובה מגיל 18

תוכנית הבריאות	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כיסויי בסיס						
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל						
תרופות מיוחדות						
ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון						
UPGRADE - משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל						
UPGRADE EXTRA - ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪ (צמוד מדד)						
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
מענקית זהב (ביטוח למחלות קשות)						
מענקית לסרטן (פיצוי למחלת הסרטן)						
נספחים						
תרופות פרימיום - הרחבה לביטוח תרופות מיוחדות (רכישת כיסוי זה מותנית ברכישת כיסוי בסיס - תרופות מיוחדות)						
ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל						
ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות						
טיפולים להתפתחות הילד - הרחבה לביטוח אמבולטורי						
טיפולים פרימיום - טיפולים רפואיים מתקדמים						
כתבי שירות						
אבחון רפואי מהיר						
רופא מלווה אישי						
רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.						
רפואה משלימה						

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.  
 לידיעתך, חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות אינן נדרשות לצורך הצטרפות לפוליסה, אך הן יאפשרו לבחון את התאמתך למוצרים נוספים בקרוב. באפשרותך לבקש מסוכן הביטוח שאלון ייעודי הכולל שאלות הנדרשות לצורך ההצטרפות לפוליסה זו בלבד.

מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה נדרש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבוצות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

חלק א' שם ילד 4 שם ילד 3 שם ילד 2 שם ילד 1 שם מבוסס ראשי שם בן/בת זוג

1. מגיל 6 בלבד גובה בס"מ משקל בק"ג האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? עלייה ☐ ירידה של ☐ ק"ג. הסיבה: ☐ דיאטה ☐ ניתוח להפחתת משקל ☐ סיבה אחרת

2. מגיל 14 בלבד האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמות הסיגריות ביום: [26]

3. האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? ☐ האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? ☐

חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

1. מערכת העצבים\* ☐ אירוע מוחי\* ☐ אפילפסיה [22] ☐ טרשת נפוצה\* ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת\* ☐ פרקינסון\* ☐ רעד\* ☐ פיגור שכלי\* ☐ אוטיזם\* ☐ תסמונת דאון\* ☐ שיתוק מוחין\* ☐ פוליו\* ☐ גושה\* ☐ הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות\* ☐

2. מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]

3. עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)

4. מערכת: ☐ אף ☐ אוזן ☐ גרון [2]

5. לב [4] ☐ כלי דם [7] ☐ מחלת דם\*

6. האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: ☐ יתר לחץ דם [5] ☐ סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול [6]

7. בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]

8. ריאות ודרכי הנשימה [3] ☐ סיסטיק פיברוזיס\*

9. קיבה [9] ☐ מעיים [9] ☐ ושת [9] ☐ כיס המרה [9] ☐ כבד [10] ☐ צהבת [10] ☐ טחורים - האם עברת ניתוח: ☐ לא ☐ כן, בתאריך: ..... האם הבעיה נפתרה: ☐ לא ☐ כן ☐ פיסורה - האם עברת ניתוח: ☐ לא ☐ כן, בתאריך: ..... האם הבעיה נפתרה: ☐ לא ☐ כן

10. בקע (הרניה): ☐ בסרפעת ☐ בטבור ☐ במפשעה הימנית ☐ במפשעה השמאלית ☐ האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? ☐ לא ☐ כן, מתי? (תאריך) ..... האם הבעיה נפתרה? ☐ לא ☐ כן

11. מחלות של מערכת החיסון: ☐ איידס ו/או נשאות HIV\* ☐ זאבת (לופוס)\* ☐

12. כליות [13] ☐ דרכי השתן [13]

13. גאווט ☐ פיברומיאליגיה\* ☐ FMF [8]

14. גב ועמוד השדרה [21] ☐ ברכיים [20] ☐ שברים [18] ☐ ירידה בצפיפות העצם [17] ☐ הלוקס ולגוס ☐ מפרקים [18] ☐ CTS - באיזה צד? ☐ ימין ☐ שמאל

15. גידולי עור [16] ☐ נגעי עור או שינויים בנגעי עור / "נקודות חן"? [16] ☐ מחלות עור\* ☐ פסוריאזיס, האם קיימת פגיעה במפרקים? ☐ לא ☐ כן

16. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)\* ☐

17. גידולים שפירים\* ☐

18. לגברים (מגיל 18 בלבד): ☐ בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14] ☐ בעיות פריון

19. לנשים (מגיל 14 בלבד): ☐ שדיים (לרבות הגדלת חזה) [15] ☐ מערכת גניקולוגית [15] ☐ בעיות פריון ☐ האם הנך בהריון? מה היה משקלך לפני ההריון? ..... האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? .....

20. לילדים (עד גיל 18): ☐ הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי\* ☐ הפרעת גדילה\* ☐ מומים מולדים\* ☐ נולדה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים. ☐ הפרעה או בעיה רגשית\* ☐ חן/שפה שסועה/ - האם נותחת? ☐ לא ☐ כן, מתי? ..... האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן ☐ אשך טמיר - האם נותחת? ☐ לא ☐ כן, מתי? ..... האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן

חלק ג':

1. האם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? ☐ כן ☐ לא\*

2. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? ☐ כן ☐ לא [23]

3. האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות? ☐ כן ☐ לא - יש להעביר פרוט

4. האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, וטרם נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה) ☐ כן ☐ לא\* ☐ האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? ☐ כן ☐ לא\*

חלק ד': לביטוח מחלות קשות יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:

האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב קרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אחות) אחת או יותר מהמחלות הבאות: ☐ מחלת לב ☐ שבץ מוחי ☐ סרטן שד ☐ סרטן מעי ☐ סרטן שחלות ☐ סוכרת ☐ כליות פוליציסטיות ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים ☐ אלצהיימר ☐ מחלת פרקינסון? [27]

חלק ה': ברכישת כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל:

האם הנך עוסק בספורט מקצועי אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט: .....

## ד אישור תנאי קבלה

אני מסכימ/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, 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:.....

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
מבוטח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			

## ה מידע למועמד לביטוח

1. לידיעתך, תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד.
- על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
3. 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.
4. **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, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
5. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אינם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)
6. **במידה והנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים/מעשן:** שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
7. 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).
8. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
9. דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת, (לדוגמה: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

## י הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ם מטה מבקשים/ם בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- (א) אף שאני 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 עבורי ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
- (ב) אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצונינו/נו החופשי.
- (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמינו/נו ועבורינו/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
3. **בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade (כיסוי ניתוחים בארץ משלים שב"ן):**
  - (א) לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פליטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
  - (ב) הכיסוי בגין ניתוחים מהווה ביטוח משלים, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
  - (ג) דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade, נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).
  - (ד) בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

סעיפים חובה למענה	לא	כן
4. למבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ: האם הוצע לכם כיסויי הניתוחים הבאים והעלויות שלהם: כיסוי מהשקל הראשון, כסוי אפגרייד משלים שב"ן וכיסוי אפגרייד אקסטרה (הכולל השתתפות עצמית בגובה 3000 ש"ח צמוד מדד)?		
5. 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 קיימת 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, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?		
במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 5 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.		
6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת	לא	כן
(א) 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 אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) יישמש 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 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.		
(ב) 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 <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		
7. השוואה / ביטול	לא	כן
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 החיובית מתייחסת לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי: .....		
במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.		
אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי	<input type="checkbox"/>	ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים 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*	<input type="checkbox"/>	ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים 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 לבטל את הפוליסה הקיימת	<input type="checkbox"/>	ברצוני/נו שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח בפוליסה קיימת: <input type="checkbox"/> על ידי <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 המועמדים 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. ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות, תאונות או מגן) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת. *לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.		

9. **ויתור סודיות רפואית:** אני/נו החתומים מטה נותן/ים 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 לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי 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 שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצביו/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

7000379	04/2021	31984.7	טוֹרֵה וִירָאָל
---------	---------	---------	-----------------



☐ בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאיני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברתכם.



2. במקרה בו המועמד/ים לביטוח מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראלי: להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:

(יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

## א תשלום בהוראת קבע לבנק

**פרטי הוראה**  
לכבוד, בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת הסניף: \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	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 מההגבלות הבאות:  
☐ תקרת סכום החיוב - ₪. \_\_\_\_\_  
☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**לתשומת לבך,**  
 ■ אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 ■ אם ישלחו 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 בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבונו, 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 ע"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 שבבקשה 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 הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דינרס ☐ לאומי קארד ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון בית \_\_\_\_\_ טלפון עבודה \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

מס' הכרטיס \_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס \_\_\_\_\_

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/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 ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי 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: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

## ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב'). לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:  
 אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.  
 חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שם המשלם: \_\_\_\_\_ ת"ז המשלם: \_\_\_\_\_ חתימת המשלם: \_\_\_\_\_

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף "טופס הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה.

## ד תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת. מספר פוליסה

**הצהרות בעל הפוליסה:**

1. הפרמיה החודשית עבור הפוליסה תשולם מתוך החיסכון שייצבר בתכנית "מגוון השקעות אישי" (להלן: "פוליסת מגוון") על שמי. הפרמיות שישולמו מתוך פוליסת המגוון יהיו "משיכה" לכל דבר ועניין כהגדרתה בפוליסת המגוון ויחויבו במס רווחי הון בגין הרווחים הריאליים שיצברו עד מועד המשיכה

2. מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש

3. ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי הינה בכפוף לכך:  
 א. בפוליסת המגוון קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪  
 ב. לא מדובר בפוליסת מגוון ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)  
 ג. אין עיקול על שמי

חתימת בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_



## א פרטי המשלם שאינו המבוטח ו/או בעל הפוליסה (במידה ומדובר במשלם מעסיק יש לצרף חתימה וחותמת המעסיק ולציין ח.פ.)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.הות <input type="checkbox"/> דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב אישי <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א + ילדים
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד		
טלפון	נייד				
דואר אלקטרוני* E-MAIL					

\*ידוע לי כי ייתכן והמבטח יעשה שימוש בכתובת הדואר האלקטרוני אותה פירטתי לעיל לצורך משלוח דיווחים, בהתאם להוראות הדין, אשר עשויים לכלול "מידע רגיש" אודותי והנני מאשר כי פתיחת הדואר האלקטרוני בכתובת המצויינת תהיה על ידי בלבד.

## ב פרטי המבוטח / בעל הפוליסה

שם המבוטח	ת.ז. המבוטח
שם בעל הפוליסה	ת.ז. / ח.פ. בעל הפוליסה

## ג מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח ו/או בעל הפוליסה

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

## ד שיטת התשלום

<input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות הוראת קבע על שמי. טופס הוראת קבע מצ"ב. <input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי על שמי. טופס הוראות בעל כרטיס האשראי מצ"ב. <input type="checkbox"/> סכום חד פעמי באמצעות המחאה. <input type="checkbox"/> העברה בנקאית. חובה לצרף אישור הבנק לביצוע העברה בנקאית.
--

## ה הצהרות המשלם

<p>אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה.</p> <p>ידוע לי כי באחריותי להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.</p> <p>במידה והמשלם הינו מעסיקו של המבוטח ידוע לי כי התשלום בגין הפוליסה הנקובה לעיל, הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו. באחריותי להעביר את התשלום עבור הפוליסה במועדו וכסדרו.</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>שם המשלם</p> <p>ת.ז. / ח.פ.</p> <p>תאריך</p> <p>חתימת המשלם</p>