

# הצעה לביטוח חיים

## סיכונים 17 שאלות (הצהרת בריאות)

השימוש בטופס זה מאושר עד ה-31.12.2020.  
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 ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות: .....				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון
				טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				
כתובת דואר אלקטרוני: .....				
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים דיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/>				
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 <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				

### ב פרטי המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות: .....				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון
				טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				



שם התכנית	מועמד ראשון - סכום הביטוח	מועמד שני - סכום הביטוח	תקופת ביטוח עד גיל מקסימאלי
<input type="checkbox"/> הראל מגן 1 (פרמיה משתנה כל שנה)	..... ש"ח	..... ש"ח	75
<input type="checkbox"/> הראל מגן זוגי Extra <sup>2</sup> (פרמיה משתנה כל שנה)	..... ש"ח	..... ש"ח	75
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה	תקופת ביטוח ..... שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח .....	תקופת ביטוח ..... שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח .....	75
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה זוגית Extra <sup>3</sup>	תקופת ביטוח ..... שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח ..... (מינימום 2,000 ש"ח מקסימום 15,000)	תקופת ביטוח ..... שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח .....	75
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה <sup>1</sup> (פרמיה קבועה)	..... ש"ח	..... ש"ח	65
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה <sup>1</sup> (פרמיה קבועה)	..... ש"ח	..... ש"ח	65
<input type="checkbox"/> ביטול החרגת טרור לכיסוי נכות מתאונה (פרמיה קבועה)	..... ש"ח	..... ש"ח	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר <sup>1</sup> - <input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק (פרמיה משתנה כל שנה)	..... ש"ח	..... ש"ח	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר פלוס <sup>1</sup> - <input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק (פרמיה משתנה כל שנה)	..... ש"ח	..... ש"ח	65

**הטבה בעת רכישת כיסוי מסוג "הראל מגן 1" ו/או "הראל מגן זוגי Extra": קבלת מקדמה על חשבון תשלום סכום הביטוח למקרה פטירה (להלן: "ההטבה"):**  
 במקרה פטירה חו"ח תשלום למוטב המבוגר ביותר מעל גיל 18 (להלן: "המוטב הזכאי"), מקדמה בגובה 5% מסכום הביטוח למקרה פטירה בפוליסה או סך של 50,000 ש"ח 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 מבית 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 לידיו.  
 ככל שהתביעה תוכר על ידי חברת הביטוח, תקוזז המקדמה מהסכום המגיע למוטב הזכאי שקיבל את המקדמה.  
**תנאים לקיום ההטבה:**

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

**1. במקרים בהם ירכשו גם נספחים והרחבות, לכיסוי ריסק מוות מכל סיבה שהיא יובהר כי ככל שיקטן הכיסוי, יקטנו גם סכומי הביטוח בנספחים בהתאמה ובכל מקרה גובה הפיצוי בנספחים והרחבות לתכנית ביטוח מסוג "ריסק מוות מכל סיבה שהיא" לא יעלה על גובה הפיצוי בכיסוי זה. שים לב, סכום הביטוח בתוכנית מסוג "נכות מתאונה" לא יפחת מ-50,000 ש"ח.**

**2. הראל מגן זוגי Extra**

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים יחולו הוראות אלה:

1. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבוטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכל סכום הביטוח בפוליסה של המבוטח הנוותר. הכפלת סכום הביטוח למבוטח שנותר לא תגדיל את הפרמיות שנקבעו בפוליסה טרם הגדלת סכום הביטוח.
2. בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה\* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים.
3. במהלך תקופה של שלושה חודשים ממועד הולדת ילד לאחד משני המבוטחים בפוליסה, יהיה זכאי כל אחד מהמבוטחים להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה ב-20% מסכום הביטוח הקיים במועד ההגדלה או ב-200,000 ש"ח, הנמוך מביניהם, ללא הליך של חיתום רפואי. סך כל ההגדלות של סכום הביטוח מכוח סעיף זה, לגבי כל אחד מהמבוטחים בכל תקופת הביטוח, לא יעלה על 50% מסכום הביטוח המקורי שנרכש בפוליסה או על סך של 500,000 ש"ח, לפי הנמוך.

למען הסר ספק יובהר כי ההטבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1. סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח
3. הגדלת סכום ביטוח של אחד המבוטחים לסכום ביטוח הגדול מ-2.5 מיליון ש"ח (צמוד למדד)

**3. הכנסה למשפחה זוגית Extra**

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים וסכום הביטוח של שני המבוטחים זהה ותקופת הביטוח זהה יחולו הוראות אלה:

1. בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה\* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים. סכום הביטוח שיוכל יהיה הסכום שנקבע בפוליסה.
2. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבוטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכל סכום הביטוח בפוליסה של המבוטח הנוותר והוא לא יידרש לשלם פרמיה לחברת הביטוח עד לתום הביטוח בכפוף לכך שסכום הביטוח לשני המבוטחים יהיה זהה במועד האירוע.

למען הסר ספק יובהר כי ההטבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1. סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח.
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

\* 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".

### ד המוטבים במקרה מוות<sup>4</sup> (למועמד ראשון לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים	
					סה"כ	100%

המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עבור כל הכיסויים הביטוחיים\* אשר נרכשו בטופס זה. במידה והנך מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס הצטרפות עבור כל כיסוי בנפרד. \*כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חודשי כפי שנבחר בהעדף מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

### ה המוטבים במקרה מוות<sup>5</sup> (למועמד שני לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים	
					סה"כ	100%

המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עבור כל הכיסויים הביטוחיים\* אשר נרכשו בטופס זה. במידה והנך מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס הצטרפות עבור כל כיסוי בנפרד. \*כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חודשי כפי שנבחר בהעדף מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן, אלא אם צוין אחרת בשאלה. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. לידיעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, תרופות קבועות, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

שם מועמד ראשון לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
שם מועמד שני לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים

פרק א'

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
א' האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> עליה <input type="checkbox"/> ירידה של ..... ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר, פרט: .....	האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> עליה <input type="checkbox"/> ירידה של ..... ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר, פרט: .....	ב' האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן*, כמות ליום: ..... במשך ..... שנים, <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני ..... שנים כמות ליום: ..... במשך ..... שנים.	האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן*, כמות ליום: ..... במשך ..... שנים, <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני ..... שנים כמות ליום: ..... במשך ..... שנים.

\*לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.

שאלון/מידע ראשוני נדרש	מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
	כן	לא	כן	לא	
שאלון אלכוהול					ג' אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?
שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)					ד' סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?
שאלון לב, שאלון כלי דם					2. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב
שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם					3. האם בעשר השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון וטרומ סכרת) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית
שאלון דרכי נשימה / אסטמה					4. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה
שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) פירוט ומסמכים רפואיים					5. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא להתעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה
שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'					6. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעינים <input type="checkbox"/> כיס המרה <input type="checkbox"/> דרכי מרה <input type="checkbox"/> הטחול <input type="checkbox"/> פי הטבעת <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> שחמת כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה <input type="checkbox"/> הפרעות בתפקוד כבד <input type="checkbox"/> כבד שומני
דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+דוח מעקב אחרון					7. <input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)
שאלון מחלה נפשית					8. <input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)
שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית					9. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> מום כליתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן
ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי					10. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית
מסמכים רפואיים					11. <input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס
יש לפרט איזו בדיקה בוצעה, הסיבה, מתי בוצעה ומה היתה התוצאה (באם בוצעה בשנה האחרונה, יש לצרף תוצאות)					12. האם בחמש השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (שלא כחלק מבדיקות שגרה) וטרם ביצעת אותה או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית בעקבותיה: <input type="checkbox"/> מיפוי <input type="checkbox"/> אקו לב <input type="checkbox"/> א.ק.ג. במאמץ <input type="checkbox"/> מיפוי לב <input type="checkbox"/> צינתור <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> אולטראסאונד (שלא חלק ממעקב הריון שגרתי) <input type="checkbox"/> ביופסיה <input type="checkbox"/> דם סמוי <input type="checkbox"/> קולונוסקופיה <input type="checkbox"/> גסטרוסקופיה <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> ממוגרפיה?
שאלון תאונות/נכות					13. נכות, אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?
פרוט ומסמכים רפואיים					14. תרופות: האם את/ה נוטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?
שאלון אישפוזים + דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)					15. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?

טויוויהראל 27662.43 06/2020 7008422



שאלון/מידע ראשוני נדרש	מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
	כן	לא	כן	לא	
<b>פרק ב' - בעת רכישת כיוסיים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות:</b>					
שאלון עיניים					16. <input type="checkbox"/> א. מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
שאלון אף/אוזן/גרונן					<input type="checkbox"/> ב. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיית שמיעה
שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות					17. <input type="checkbox"/> בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות <input type="checkbox"/> כאבי גב <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> בלט דיסק <input type="checkbox"/> פריצת דיסק <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים ברצועות <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> אוסטיאומיאליטיס כרוני
<b>מועמד שני לביטוח</b>			<b>מועמד ראשון לביטוח</b>		
במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט: .....			במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט: .....		
.....			.....		
.....			.....		
.....			.....		
.....			.....		
.....			.....		
.....			.....		
כל תשובה חיובית מצריכה מילוי שאלון מתאים. את השאלונים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. כמו כן, לידיעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים.			כל תשובה חיובית מצריכה מילוי שאלון מתאים. את השאלונים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. כמו כן, לידיעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים.		
תאריך: ..... שם המועמד הראשון לביטוח: ..... ת.זהות: ..... חתימה: /			תאריך: ..... שם המועמד השני לביטוח: ..... ת.זהות: ..... חתימה: /		

**II | ויתור על סודיות**

אני/נו החתום/ים 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 להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (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 משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהיינה ליינו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך: ..... שם מועמד ראשון לביטוח: ..... חתימת מועמד ראשון לביטוח: /  
 תאריך: ..... שם מועמד שני לביטוח: ..... חתימת מועמד שני לביטוח: /  
 תאריך: ..... שם פרטי ומשפחה עד / סוכן הביטוח: .....  
 ת.ז. עד לחתימה / סוכן הביטוח: ..... חתימת עד / סוכן הביטוח (כולל מס' רישיון): /

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות ושיירות פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושיירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושיירות, 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 המועמד הראשון לביטוח: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח: .....  
 תאריך: ..... שם המועמד השני לביטוח: ..... חתימת המועמד השני לביטוח: .....

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 ושיירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיגוי 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 פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

ט השוואה / ביטול

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")?  
 הכיסיים 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.

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי: לידיעתך/כם, הכיסי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: ברכישת כיסי מסוג נכויות: לידיעתך/כם, הכיסי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכיסי וגביית הפרמיה הנוספת. לצורך הקטנת היקף הכיסי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס הצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת: .....

במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת (מסוג נכויות בלבד) וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסיים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	חתימה
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>

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. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו.  
 ככל שאינך מעוניין 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.  
 באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים.  
 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.  
 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 המנהלים בחברתכם.

תאריך: ..... שם המועמד הראשון לביטוח: ..... ת.ז.: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח: .....  
 תאריך: ..... שם המועמד השני לביטוח: ..... ת.ז.: ..... חתימת המועמד השני לביטוח: .....

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיון.
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. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
5. ההתקשרות בין לבין קבוצת הראל תיכנס 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.
6. 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](http://www.harel-group.co.il)
7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
8. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
9. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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.

**יב אישור למסירת 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; 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?  כן  לא

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

תאריך: ..... שם המועמד הראשון לביטוח: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח: /

תאריך: ..... שם המועמד השני לביטוח: ..... חתימת המועמד השני לביטוח: /

**יג הצהרת המועמדים לביטוח**

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).

תאריך: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח: /

תאריך: ..... חתימת המועמד השני לביטוח: /

**יד הצהרת הסוכן**

1. הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס הצטרפות זה, ביררתי את צרכי המועמד לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת לי לביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיו.  
 אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על פי תעודת הזהות שלו.
2. הצהרת הסוכן למסירת מידע מהותי: אני מאשר כי מסרתי למועמד מידע מהותי לגבי הביטוח המוצע, בהתאם לנדרש בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח.

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

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

סוג הכרטיס:  לאומי ויזה  ישראלכרט  אמריקן אקספרס  ויזה כאל  דינרס  אחר: .....

מס' כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס: \_\_\_\_\_ שם בעל כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_

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

**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)	
		בנק	סניף			
				6 0 8		

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - ..... ש.  
 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/הח"מ: ..... שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק  
 מס' ת.זהות / ח.פ. ....

מכתובת: .....

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
-------	-----	-----	------

מבקשים בזה להקים בחשבוננו ה"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 תגש 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: \_\_\_\_\_

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.

מספר פוליסה: .....

**הצהרות המבוטח:**

- הפרמיה החדשית תשולם מתוך החיסכון שייצבר בתכנית חיסכון "מגוון השקעות אישית" (להלן "פוליסת מגוון") על שמי. תשלום כאמור, יהווה "משיכה" מפוליסת המגוון ובנוסף, ייגבה מס רווח הון בגובה הרווחים הריאליים שנצברו בגין המשיכה שבוצעה.
- מועד תשלום הפרמיה החדשית יהיה עד 14 לחודש
- ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי יהיה בכפוף לכך:
  - בפוליסה קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪
  - לא מדובר בפוליסה ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)
  - אין עיקול על שמי

תאריך: ..... חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

