

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' 1700-70-28-70.

שם סוכן/סוכנות: ..... מס' סוכן: ..... חתימת הסוכן: 

**מס' פוליסה:** .....

אני מבקש להוסיף/להגדיל את הביטוחים הנוספים עפ"י הפירוט שלהלן, החל מתאריך ..... / 20 ..... (שנה/חודש).  
שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

## א פרטי המועמד לביטוח

|  |            |   |            |
|--|------------|---|------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | ת.ז.  | תאריך לידה |
| טלפון בית  | טלפון נייד | מצב אישי  |            |
|  |            | <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | מס' ילדים  |
| עיסוק  |            |   |            |
| מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל במועד המשלוח.<br>אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/><br>לתשומת לבך, ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל |            |   |            |

## ב תוכנית הביטוח המבוקשת: סיכונים

| שם התוכנית   | סכום ביטוח לרכישה או הגדלה (נא ציין את סכום ההגדלה)  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> מגן 1   | ₪ .....  |
| <input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה  | ₪ .....  |
| תקופת ביטוח: ..... (10 שנים - 25 שנים)   |  |
| <input type="checkbox"/> מגן חודשי   | <input type="checkbox"/> סכום ביטוח ..... ₪<br><input type="checkbox"/> תקופת תשלום סכום הביטוח:<br><input type="checkbox"/> 10 שנים<br><input type="checkbox"/> 15 שנים<br><input type="checkbox"/> 20 שנים<br><input type="checkbox"/> 25 שנים<br><input type="checkbox"/> 30 שנים |
| נספחים למגן 1 / מגן חודשי - סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח בכיסוי מגן.  |  |
| <input type="checkbox"/> חוסן למחר פלוס (הגדרת העיסוק בפוליסה תהיה בהתאם להצהרת המבוטח בדבר עיסוקו ובהתאם לטבלת המקצועות העדכנית בחברה בעת ההצטרפות)             |  |
| <input type="checkbox"/> נכות מתאונה'  | ₪ ..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)<br>₪ ..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)   |
| <input type="checkbox"/> ביטול חריג ספורט אתגרי חובבני (לרכישה מגיל 21)  | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> ביטול חריג דו גלגלי/ אופניים חשמליים/ קורקינט חשמלי/ סגוו/ כלי תחבורה דו גלגלי ממונע אחר ו/או בעל מנוע חשמלי/ טרקטורון (לרכישה מגיל 21) | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> מוות מתאונה'  | ₪ ..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)<br>₪ ..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)   |
| <input type="checkbox"/> ביטול חריג ספורט אתגרי חובבני (לרכישה מגיל 21)  | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> ביטול חריג דו גלגלי/ אופניים חשמליים/ קורקינט חשמלי/ סגוו/ כלי תחבורה דו גלגלי ממונע אחר ו/או בעל מנוע חשמלי/ טרקטורון (לרכישה מגיל 21) | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> שחרור מתשלום פרמיה (תקופת המתנה 3 חודשים, הגדרת עיסוק סביר אחר בלבד)  |  |
| <b>הפרמיה בכל התוכניות והנספחים משתנה כל שנה</b>   |  |

יכיסוי נכות מתאונה ומוות מתאונה

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



^dt3071

| מועמד לביטוח |    |   |
|--------------|----|---|
| כן           | לא |   |
|              |    | 1. האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל?<br>אם כן:<br>כמה ימים בשנה? ..... באילו מדינות? .....                             |
|              |    | 2. האם הנך בעל/ת רישיון טיס / איש/אשת צוות אויר / בכוונתך לטוס שלא בקו אווירי אזרחי?<br>[אם כן - יש לצרף שאלון טיס] |
|              |    | 3. האם יש לך תחביב מסוכן או הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית?<br>[אם כן - יש לצרף שאלון תחביבים]                 |

ד הצהרת בריאות<sup>2</sup>

|   |
|---|
| יש לצרף טופס הצהרת בריאות. שים לב כי יתכן ותידרש להעביר לחברה מסמכים נוספים ככל שידרשו.<br><sup>2</sup> ככל שלא תצורף הצהרת בריאות, הכיסוי הביטוחי לא ייכנס לתוקפו. |
|---|

## ה הסכמה לשימוש במידע

| מועמד לביטוח |    |  |
|--------------|----|--|
| כן           | לא |  |
|              |    | 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 בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתני 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.<br>קבלת דבר פרסומת   |
|              |    | הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS/WhatsApp).<br>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, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. |

## ו השוואה/ביטוח

| מועמד לביטוח             |    |  |
|--------------------------|----|--|
| 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")?<br>הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת: .....   |
|                          |    | במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.  |
| <input type="checkbox"/> |    | אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי:<br>לידיעתך, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.   |
| <input type="checkbox"/> |    | אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי:<br>ברכישת כיסוי מסוג נכויות:<br>לידיעתך/כם, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. את/ה מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.<br>לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת. |
| <input type="checkbox"/> |    | אני מעוניין/ת לבטל את הפוליסה הקיימת<br>האם ברצונך כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל:<br><input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח<br><input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת: .....   |
|                          |    | במקרים בהם ברשות המועמד/ת לביטוח פוליסה קיימת (מסוג נכויות בלבד) וייקבעו לולאה החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.  |

- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יגוע ביתר תנאי הפוליסה.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדין.
- ההתקשרות בינך 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.
- 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.
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.
- לתשומת לבך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שייקבעו תנאי חיתום לעניין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בטופס זה, לא יופקו יתר הכיסויים המבוקשים עד לקבלת אישורך בכתב לרכישתם ללא הכיסויים אליהם לא ניתן לצרף אותך או עד לקבלת אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.

אישור למסירת מידע מהותי

| מועמד לביטוח |    |
|--------------|----|
| כן           | לא |
|              |    |

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

הצהרת המבוטח/בעל הפוליסה (במידה ושונה מן המבוטח) ומשלם חריג (במידה וקיים)

- הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את השינויים כאמור בבקשה זו.
- אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
- א. אני מאשר לסוכן 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: ..... שם המבוטח: ..... חתימת המבוטח: /

במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתיים גם את בעל הפוליסה על ההצהרה:

תאריך: ..... שם בעל הפוליסה: ..... חתימת בעל הפוליסה: /

במידה וקיים משלם השונה מן המבוטח או מבעל הפוליסה: הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את השינויים כאמור בבקשה זו.

תאריך: ..... שם משלם חריג: ..... חתימת משלם חריג: /

הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

- הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהותי הנדרש.
- אני מצהיר כי ככל שהמבוטח צורך לכיסוי נכות ו/או מוות מתאונה, הצירוף נעשה על ידי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון בחוזר תאונות אישיות לעניין צירוף לביטוח תאונות אישיות.
- השוואה וביטול של פוליסה מקורית:  
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:  
(יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)

|                                   |                                      |   |                              |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------|
| פרמיה בפוליסה המוצעת              | <input type="checkbox"/> נמוכה יותר  | <input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת | <input type="checkbox"/> רחב יותר    | <input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| סכומי הביטוח/תקרות במוצעת         | <input type="checkbox"/> גבוהים יותר | <input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| רמת השירות בחברה החדשה            | <input type="checkbox"/> טובה יותר   | <input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |

פרוט נוסף: .....

ללאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.

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

