

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
השימוש בטופס זה מאושר על פי מועד גרסתו האחרונה בחברה.

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.

סכומי הביטוח המירביים הניתנים לרכישה על פי טופס זה, כולל סכומי ביטוח הקיימים בהראל, אם קיימים, הינם:

סוג הכיסוי	מבטח עד גיל 50	מבטח מגיל 51 ועד 60
מגן 1	עד 2,000,000 ש"ח	עד 1,000,000 ש"ח
מטריה	עד 30,000 ש"ח פיצוי חודשי סה"כ	עד 20,000 ש"ח פיצוי חודשי סה"כ

ברכישת סכומי ביטוח הגבוהים מהתקרות המצוינות בטופס זה (בכיסוי מטריה סך הפיצוי החודשי לא יעלה על 30,000 ש"ח), יש למלא הצהרת בריאות מורחבת כפי שמופיעה באתר החברה ו/או לבצע בדיקות רפואיות בהתאם להנחיות החיתום הנהוגות בחברה.

מס' הצעה/פוליסה למועמד לביטוח:

שם סוכן: מס' סוכן: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אויר/בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il לתשומת ליבך, ככל שהנך מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי מסוג מטריה, הרינו להודיעך כי קיימת החרגה לספורט אתגרי המופיע ברשימת ספורט אתגרי המפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il וכל זאת בהתאם לתנאי הפוליסה.						
מצב אישי: <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		מס' ילדים:				
רחוב		מס'		ישוב		
טלפון		טלפון נייד				
כתובת דואר אלקטרוני:						
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/> לתשומת לבך:						
(1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל.						
(2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למצרים 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 www.harel-group.co.il						

ב בסעיף זה ניתן לבחור חבילת כיסויים ביטוחיים, הכוללת גם מטריה ביטוחית. יש לסמן ב- ✓ את החבילה המבוקשת וכן למלא את סעיף ג' הנוגע לכיסוי המטריה אם ברצונך לרכוש כיסוי מטריה בלבד יש למלא רק את סעיף ג'

שם החבילה	שם התכנית	סכום הביטוח
<input type="checkbox"/> חבילת ארד	הראל מגן 1* (פרמיה משתנה כל שנה) כולל הטבת ברות ביטוח**	<input type="checkbox"/> 250,000 ש"ח <input type="checkbox"/> אחר ש"ח (מינימום 250,000 ש"ח ומקסימום 499,000 ש"ח)
מטריה ביטוחית - תינתן הנחה בשיעור 10% לכיסוי מטריה למשך 3 שנים		
<input type="checkbox"/> חבילת כסף	הראל מגן 1* (פרמיה משתנה כל שנה) כולל הטבת ברות ביטוח**	<input type="checkbox"/> 500,000 ש"ח <input type="checkbox"/> אחר ש"ח (מינימום 500,000 ש"ח ומקסימום 999,000 ש"ח)
מטריה ביטוחית - תינתן הנחה בשיעור 10% לכיסוי מטריה למשך 5 שנים		
<input type="checkbox"/> חבילת זהב	הראל מגן 1* (פרמיה משתנה כל שנה) כולל הטבת ברות ביטוח**	<input type="checkbox"/> 1,000,000 ש"ח <input type="checkbox"/> אחר ש"ח (מינימום 1,000,000 ש"ח)
תינתן הנחה בשיעור 15% לכיסוי מטריה למשך 5 שנים		
כיסוי עוד בחיים - ללא עלות		

* גיל תום הביטוח לענין תוכנית מגן 1 הוא גיל 80
** בעת גידול בהכנסה, יוכל המבוטח לבקש להוסיף סכום ביטוח נוסף למקרה מוות, ללא חיתום מחדש (בהתאם לתנאים כפי שיהיו קיימים באותה עת), בשיעור של עד 15% לשנה מסכום הביטוח, אך לא יותר מ-50% במצטבר מסכום הביטוח המקורי.
האישור להוספת סכום הביטוח מותנה בכך שהבקשה תועבר לחברה עד 3 חודשים ממועד הגדלת ההכנסה ובכפוף להוכחה שהכנסתו כפי שדווחה לרשויות המס גדלה לפחות באותו שיעור.



^dt3005

פרטים על קרן הפנסיה:

- שם הקרן: הראל פנסיה אחר
- סך שיעור ההפקדות לקרן הפנסיה (תגמולים ופיצויים): אחוזים.
- שכר מבוטח בקרן הפנסיה ש"ח (השכר המבוטח במסגרת המטריה לא יהיה גבוה מ-40,000 ₪)
- תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה

כיסוי מטריה משלימה לקרן הפנסיה:

- סכום הפיצוי החדשי המבוקש הוא ש"ח ולא יותר מ-75% מהשכר (סכום הפיצוי המבוקש יהיה זהה או נמוך מסכום הפיצוי הקיים בקרן הפנסיה)
- הכיסוי במטריה הינו לגיל תום 65 67 (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)
- יש לבחור לפחות באחד מכיסויי הבסיס שלהלן:
 - הגדרת עיסוק ספציפי
 - כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה, על-פי הגדרת עיסוק ספציפי עבור עיסוקים שהוגדרו על ידי החברה.
 - ביטול קיזוז תגמולי ביטוח לאומי
 - תשלום פיצוי חודשי בגובה תגמולי הביטוח הלאומי שקוזזו על ידי קרן הפנסיה התשלום לא יעלה על 100% ולא יפחת מ-30% מהפיצוי החודשי שנרכש
 - כיסוי לתקופת אכשרה בקרן הפנסיה
- במקרה של אובדן כושר עבודה אשר אין בגינו זכאות לקבלת תשלום מקרן הפנסיה מאחר שארע במהלך תקופת האכשרה בקרן הפנסיה (5 שנים ממועד הצטרפות לקרן), הראל ביטוח תשלם את תגמולי הביטוח, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- לתשומת הלב, כי במקרה שבו חלפו 5 שנים ממועד הצטרפות לקרן הפנסיה, אין צורך ברכישת כיסוי זה.
- כמו כן, לידיעתך, כיסוי זה לא ניתן לרכישה לבדו, אלא בנוסף לאחד מהכיסויים הנוספים המוצעים למעלה במסגרת המטריה הביטוחית.

הרחבות נוספות

- תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה) - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: 1% בשנה או 2% בשנה - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעט הגדרת עיסוק ספציפי

חשוב לדעת

- תקופת המתנה: שלושה חודשים
- הפרמיה משתנה כל שנה
- הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן
- לכל אחד מהכיסויים עלות נפרדת
- שחרור ההפקדות לקרן הפנסיה - בעת רכישת כיסוי עיסוק ספציפי ו/או כיסוי לתקופת אכשרה ישוחררו ההפקדות בגובה מכפלת השכר המבוטח (בקרן הפנסיה) בשיעור ההפקדות כפי שדווח בטופס זה
- התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים

הצהרות בעל הרשיון:

1. אני מצהיר כי ביצעתי את כל החובות המוטלות עלי בהתאם לחוזר שיווק תכניות לביטוח אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2019-1-5 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית.
2. אם נרכש כיסוי לפי הגדרת עיסוק ספציפי - אני מצהיר כי פירטתי למועמד לביטוח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי זה ואת העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד המכירה, אם לא ירכוש כיסוי זה.



חתימת בעל הרשיון:

תאריך:

תוכנית המטריה הביטוחית הנה בגין השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אולם יתכנו פערים בגובה הכיסוי הנובעים משינויים בשכר המבוטח ו/או הצמדת כיסוי המטריה הביטוחית למדד ולא לשכר. בכל שינוי בגובה השכר בקרן הפנסיה המבוטח נדרש לעדכן את חברת הביטוח בשינוי על מנת לעדכן את תוכנית המטריה. עדכון כאמור ייכנס לתוקף רק לאחר קבלת הסכמת חברת הביטוח בכתב.

ד המוטבים למקרה מוות*

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
סה"כ					100%

*בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

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.

פרק א'				
שם המועמד לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים

1. שאלון עישון:
אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:
 מעולם לא עישנתי
 הניי מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות- כמות ליום.....

*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.

מועמד לביטוח		
לא	כן	
		2. <input type="checkbox"/> מחלות מערכת העצבים/המוח * <input type="checkbox"/> אירוע מוחי * <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> גידול שפיר במוח *
		3. הפרעה או מחלה נפשית מאובחנת [25]
		4. עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק מספר העדשות מעל 7)
		5. אוזניים ושמיעה [2]
		6. <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם *
		7. האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12]
		8. ריאות ודרכי הנשימה [3]
		9. <input type="checkbox"/> מערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> כבד או צהבת [10]
		10. איידס ו/או נשאות ל-HIV * <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס) *
		11. כליות [13]
		12. <input type="checkbox"/> גב ועמוד שדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכים [20] <input type="checkbox"/> מפרקים/מחלות מפרקים [18] [19] <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה *
		13. <input type="checkbox"/> גידולים ממאירים * / מחלות ממאירות (סרטן) *

חלק ב': שאלות נוספות		
		1. א. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים?
		ב. האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום?
		2. האם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *
		3. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
		4. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא 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, קולפוסקופיה) אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *

7008612 08/2022 36492.58 הרואל



מועמד לביטוח	
לא	כן

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 לבירור 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 תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

הסכמה לשימוש במידע

מועמד לביטוח	
לא	כן

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 וביטוח ושירותים פיננסיים 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 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.

קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

מידע למועמד לביטוח


<p>1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדין.</p> <p>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.</p> <p>4. 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 וביטוח 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.</p> <p>5. ההתקשרות עם קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרמיה הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה 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 החברה.</p> <p>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.</p> <p>7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי הראל, המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת הראל, יופיעו גם במסגרת האיזור האישי שלך שבאתר החברה.</p> <p>8. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.</p> <p>9. 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.</p>

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

<p>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.</p> <p>אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך לפוליסה.</p> <p>לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il.</p> <p>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.</p>
--

הצהרת המועמד 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 מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש להראל ולקבל מהראל 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. אם ברצונך 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 מועמד לביטוח: 

הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון 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.

2. השוואה וביטול של פוליסה מקורית:

להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:
 (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)

פרמיה בפוליסה המוצעת נמוכה יותר ללא הבדל מהותי אחר

היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת רחב יותר ללא הבדל מהותי אחר

סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת גבוהים יותר ללא הבדל מהותי אחר

רמת השירות בחברה החדשה טובה יותר ללא הבדל מהותי אחר

פרוט נוסף:


.....

.....

.....

.....

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


תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: 

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 שיופנק וישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: חתימת בעלי הכרטיס: 

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח, יש להפנות לטופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר החברה www.harel-group.co.il.

1 פרטי הוראה לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

מס' 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 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:

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:
 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 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: 

2 הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום -
 5 לחודש 14 לחודש 25 לחודש

שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.

7008612 08/2022 36492.58

הראל

