

הצעה לביטוח סיכון למקרה מוות להבטחת החזר משכנתה / הלוואה (להלן: "פוליסת משכנתה") וביטוח מבנה הדירה

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: 03-7348394 או למייל: mashkantao@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

שם ומספר סוכן ביטוח חיים: שם ומספר סוכן אלמנטרי:
שם מפקח: מס' הצעה:

תאריך תחילת ביטוח: / /

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וזנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצעיר מבין השניים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	מצב אישי נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	מס' ילדים
עיסוק						
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור חלות עליך? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> . ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
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*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני:@ מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים ישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים 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 ישלחו בדואר ישראל. (2) בחירתך תעודק ותחול לגבי כל מוצרי ביטוח בריאות ו/או חיים הרשומים על שמך בחברת הראל.						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il

ב פרטי המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	מצב אישי נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	מס' ילדים
עיסוק						
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור חלות עליך? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> . ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
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*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני:@						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il

ג פרטי מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (הבנק המלווה)

שם הבנק המלווה	מס' הסניף
כתובת: רחוב	מס'
	ישוב
	מיקוד



ד פרטי המשכנתאות/הלוואות (להלן: "נתוני ההלוואה/ות")

סכום הביטוח נקבע בין השאר על סמך הצהרתך בדבר נתוני ההלוואה/ות. הצהרה זו הינה עניין מהותי לצורך חישוב סכום הביטוח שישולם בהתאם לתנאי הפוליסה. סוג הפרמיה (תשלום חודשי) הינו פרמיה משתנה.				
4	3	2	1	הלוואה מספר
				מספר הלוואה
				יתרת הלוואה נוכחית
				ריבית שנתית*
				יתרת תקופה בשנים
				תאריך סיום ההלוואה
<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	סוג ההלוואה אנא סמן האם ההלוואה היא מסוג קרן עומדת במקום (לדוג': "בלון"/"גרייס מלא") או הלוואה מסוג חזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים ("שפיצר")

*שיעורי הריבית שישמשו לחישוב השתנות סכום הביטוח, הינם כדלקמן: במקרה בו תסומן ריבית שנתית קבועה - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס הריבית שתצוין, בכפוף לאמור להלן.
במקרה בו לא תסומן ריבית שנתית שאינה קבועה /או תסומן ריבית שנתית ללא ציון סוג הריבית (קבועה / לא קבועה) - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס ריבית שנתית של 3% צמודת מדד.
במקרה בו תסומן ריבית פריים (ק) ושיעור ריבית שנתית - תחושב השתנות סכום הביטוח באופן בו לסכום ריבית הפריים ושיעור הריבית השנתית יתווספו 2.5% על פי הנוסחה (P+ שיעור ריבית שנתית +2.5%) (במקרה בו תסומן ריבית פריים בלבד, יבוצע החישוב על בסיס ריבית שנתית 0) יובהר כי בכל מקרה חישוב השתנות סכום הביטוח, יתבסס על ריבית שאינה פחותה מריבית שנתית של 2% צמודת מדד.
בכל מקרה בו שיעור הריבית בהתאם לאמור לעיל אינו באחוזים שלמים או בחצאי אחוזים, הריבית שתחושב תעוגל לחצי האחוז הקרוב ביותר. (לדוג' - ריבית 4.2% תעוגל לריבית 4%. ריבית 4.8% תעוגל לריבית 5%).

ה מוטבים נוספים למקרה מוות* - סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למלווה הרשום לעיל כמוטב בלתי חוזר. יתרת סכום הביטוח אם קיימת, תשולם למוטבים הבאים:

מוטבים למועמד ראשון		מוטבים למועמד שני	
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.
קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.
קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח

*בהעדר מינוי מוטבים, יתרת סכום הביטוח תשולם בחלוקה שווה ליורשים החוקיים על פי דין או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

ו ביטול

(א) האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח קיימת פוליסת ביטוח חיים למשכנתא (להלן - "פוליסה קיימת")? כן לא

(ב) האם המועמדים לביטוח בעלי הפוליסה מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת שברשותם? כן לא

(ג) במידה וכן:

- הפוליסה בחברה אחרת - האם ברצון המועמדים/ים כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונם לבטל: על יד/ים ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום) ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול בחברה אחרת-חתום) שם חברת הביטוח המבטחת:
- הפוליסה הקיימת מתנהלת בהראל - יש לצרף טופס מתאים ("בקשה לביטול פוליסה" או "המרה (מחזור) משכנתא") בהראל חתום על ידי המועמדים/ים לביטוח בעלי הפוליסה.

(ד) אם צוין כי המועמדים/ים אינם מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת יובהר למועמד כי: לידיעתך/כם, הכיסוי אליו הנך/כם כמועמדים/ים לביטוח מבקשים/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/כם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. הנני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הכיסוי הנוסף.

מועמד ראשון	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
מועמד שני				

הצהרה זו תקפה עד לסכום ביטוח של 1,500,000 ש"ח כולל סכומים מצטברים בחברה למועמד לביטוח. לגבי סכום גבוה יותר יש למלא טופס הצהרת בריאות מורחבת. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתייחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן. 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. לידעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.

שאלה		מועמד ראשון		מועמד שני	
		כן	לא	כן	לא
1	א	גובה ומשקל	גובה ס"מ ומשקל ק"ג	גובה ס"מ ומשקל ק"ג	גובה ס"מ ומשקל ק"ג
1	ב	האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? *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.	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, * כמות ליום: במשך שנים	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, * כמות ליום: במשך שנים	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים
	ג	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			
	ד	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?			
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			
3		מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית			
4		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			
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 להתייעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה			
6		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעינים <input type="checkbox"/> כיס המרה ודרכי מרה <input type="checkbox"/> הטחול <input type="checkbox"/> פי הטבעת <input type="checkbox"/> וושט <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			
7		<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)			
8		<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			
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			
10		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> זלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> זלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> זלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			
11		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, אם כן - האם יש פגיעה במפרקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)			
12		<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס			
13		נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			
14		תרופות: האם אתה/ננטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?			
15		אשפוזים: האם אושפדת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?			

שם קופת חולים:

שם הרופא המטפל:

פירוט:

תאריך: ת.ז. חתימת מועמד ראשון:

תאריך: ת.ז. חתימת מועמד שני:

ח ויתור על סודיות

אני/נו החתומים מטה נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לברור 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 שתיידרש 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 עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

תאריך: חתימת מועמד ראשון:

תאריך: חתימת מועמד שני:

תאריך: שם עד לחתימה/סוכן הביטוח:

ת.ז. עד לחתימה/סוכן הביטוח: חתימת עד לחתימה/סוכן הביטוח (כולל מס' רשיון):

תיאור הרכוש

האם כתובת מבנה הדירה המוצע לביטוח שונה מכתובת המבטוח שצויינה בעמוד 1? לא כן
 אם כן, ציין את כתובת הרכוש המוצע לביטוח:

סוג מבנה הדירה - שים לב! פוליסה זו מכסה מבנה דירה אחת בלבד

ציין אחת מהאפשרויות שלהלן:

דירה בבניין דירות הבנוי מסיבי, כגון: בלוקים בית פרטי בנוי מסיבי (בלוקים ובטון) כולל גם מבנים בנויים מסיבי בית עץ (לא יבוטח בתכנית זו).
 ובטון/יציקות בטון; עם גג רעפים על מסגרת עץ;

האם קיימת בריכת שחיה לא כן בנייה מתקדמת (נא לפרט את חומרי הבנייה העיקריים):

האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מהווה דירה אחת? לא כן, אם לא נא ציין מספר יחידות הדיור במבנה:

שטח הדירה: מ"ר (ברוטו). האם קיימים	הדירה בקומה:	סכום ביטוח למבנה הדירה:
תוספות ושנויים מיוחדים, נא פרט:	בבניין בן קומות	(ערך כחדש)..... ש
מספר האנשים המתגוררים בדירה דרך קבע:	גיל המבנה:	
	מספר חדרים:	

כיסוי נזקי דליפת מים ונזלים אחרים (נזקי צנרת)

1. האם ידוע לך במועד עריכת ביטוח זה על דליפת מים מצנרת דירתך? לא כן
2. האם צנרת המים בדירתך במצב תקין? לא כן
3. בחירת אפשרות השיפוי במקרה נזק (הינך רשאי לבחור מראש את האפשרות הרצויה לך מבין האפשרויות המפורטות להלן, והאפשרות שנבחרה תצוין במפרט הפוליסה).

אני מבקש לקבל שיפוי במקרה של נזק למבנה לפי האפשרות שלהלן:

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע שייבחר על-ידי המבטוח
 על-פי אפשרות זו המבטוח רשאי, במקרה נזק מים למבנה הדירה, לבחור את בעל המקצוע שיתקן את הנזק, לשלם את עלות התיקון, ולקבל שיפוי כספי מהמבטוח, בניכוי סכום ההשתתפות העצמית המוסכם לאפשרות זו, ובניכוי עלות "החזרת סכומי הביטוח לקדמותם" לפי תנאי החזרת סכומי הביטוח לקדמותם בפרק ג' - תנאים כלליים שבפוליסה. תגמולי הביטוח ישולמו למבטוח בכפוף להערכת שמאי מטעם המבטוח, שתעשה לפני ביצוע התיקון, ותהווה תנאי מוקדם לתשלום תגמולי הביטוח.

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטוח
 אם בחר המבטוח באפשרות זאת יבוצע התיקון על-ידי בעל מקצוע או חברת תיקונים (להלן: "בעל מקצוע") שיבחר על ידי המבטוח מתוך רשימה עדכנית שתוצג למבטוח, בקרות מקרה ביטוח מכוסה (בין היתר באתר האינטרנט של הראל). התיקון יבוצע על חשבון החברה (המבטח) תשלום דמי ההשתתפות העצמית הנ"ל יבוצע על-ידי המבטוח ישירות לידי בעל המקצוע.

תארך: חתימת המועמד לביטוח: 

פרק א' - ביטוח סכום נוסף בבית המשותף (לגבי סיכון רעידת אדמה)

האם ברצונך לרכוש ביטוח סכום נוסף?

לא כן. לידיעתך, הסכום הנוסף יהיה זהה לסכום הביטוח של המבנה.

דירה ריקה ממתגורר

ביטוח בחברות אחרות

האם מבנה הדירה המוצע לביטוח יהיה ריק ממתגוררים (דירה בלתי תפוסה) לתקופה העולה על 60 יום רצופים? לא כן

אם כן, ציין את התקופה בה תהיה הדירה ריקה ממתגורר:

האם הינך מעוניין (בתוספת פרמיה) בכיסוי בעת שהדירה תהיה ריקה ממגורים? לא כן

לידיעת המציע:

עבור כיסוי מלא של הפוליסה כאשר הדירה אינה תפוסה, תחול פרמיה נוספת כמצוין בתעריף.

עבר ביטוחי

האם במשך 3 השנים האחרונות חברת ביטוח כלשהי:

1. דחתה את הצעתך לבטח סיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן, פרט

2. ביטלה פוליסה שהוצאה עבורך בגין הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט

3. סירבה לחדש פוליסה שביטחה את הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט

האם במשך 3 השנים האחרונות:

4. נגרם נזק לרכוש הנ"ל כתוצאה מסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

5. הוגשה נגדך תביעה בנוגע לסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

אם אחת מהתשובות לשאלות 4 או 5 היא "כן", פרט מתי, בגין מה, ומי היה המבטח

י הסכמה לשימוש במידע - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

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 בביטוח 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 והפיננסיים) 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.

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 ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, 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/pirsur 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.

יא 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.

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

יב מידע למועמדים לביטוח - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

1. לתשומת ליבך/כם, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרות הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/כם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.
3. ההתקשרות בין/כם 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 המועמדים לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
4. ככל שסכום ההלוואה נתקבל במועד העולה על 90 ימים מיום חתימתך/כם על טופס זה, יהיה עליך/כם למלא טופס הצעה חדש לצורך רכישת הכיסוי הביטוחי.
5. סכומי הביטוח בפוליסה זו מבוססים על סכומי ההלוואות שדווחו על ידך/כם. כמו כן, סכום ההלוואה מהווה עניין מהותי לעניין חבות החברה המבטחת ועליך/כם להודיע על כל שינוי בו ללא דיחוי.
6. במקרה של פרעון מוקדם מלא או חלקי של ההלוואה המבטחת, עליך/כם להודיע על כך מיידית לחברת הביטוח לשם הקטנת סכום הביטוח והפרמיה בהתאם.
7. סכום ההלוואה המבטחת מתייחס לכל הלוואה בנפרד והינו סכום משתנה (למעט בתוכנית ביטוח חיים להלוואה בה מוחזרת הקרן בסוף התקופה והריבית מוחזרת באופן שוטף) שיקבע בהתאם ליתרת ההלוואה המבטחת ובהתאם לתנאי הפוליסה.
8. יובהר, כי יתכן שיווצר פער בין יתרת ההלוואה לבין סכום הביטוח באופן בו סכום הביטוח בפוליסה יהיה גבוה מיתרת ההלוואה לתשלום. במקרה בו סכום הביטוח יהא גבוה מיתרת ההלוואה, עומדת לרשותך האפשרות להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הדין ופוליסת הביטוח לרבות קבלת אישור הבנק המלווה, ובאמצעות פניה מתאימה בכתב אל חברת הביטוח.
9. 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.
10. 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.

יג הצהרות המועמדים לביטוח - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

1. אני/אנו המועמדים לביטוח מבקשים/ים בזה מהמבטח לבטח את חיינו/נו וגם או את מבנה הדירה, לפי הרשום בהצעה ובתנאי הפוליסה.
2. אני/אנו מצהירים ומתחייבים בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצונינו/נו החופשי.
3. א. אני/נו מאשר/ים לסוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורינו/נו, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 ב. אני/נו מסכים/ים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 ג. במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735).

תאריך: חתימת מועמד ראשון לביטוח /
 תאריך: חתימת מועמד שני לביטוח /

יד הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס הצטרפות זה, ביררת את צרכי המועמד לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת 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.

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /

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: /

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק.

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור.
ניתן לשלוח לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לשלוח בפקס לביטוח בריאות: 03-7348178 או למייל polisotbs@harel-ins.co.il.

א אבקש לבצע עדכון אמצעי תשלום

שם המבוטח בהראל: ת.ז.:

לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות:

לעדכון הלוואה מס'

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

ב תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה
לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		בנק	סניף	
.....	6 0 8

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש"ח
 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.ז.הות / ח.פ.

מכתובת:

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
.....


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:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ההרשאה 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 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.
- 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.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו 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: 

בב מועד התשלום בהוראת קבע

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.


ג תשלום בכרטיס אשראי

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 ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: חתימת בעלי הכרטיס: 

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



יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור

פרטי המבוטח			
שם המבוטח	ת.ז.	טלפון	
מכתובת:			
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
מס' פוליסה	מס' תשלומים	מס' פוליסה	מס' תשלומים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון			
פרטי הוראה			
לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____			
מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד
		סניף	בנק
			5 0 7
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ש. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____			
לתשומת לבך, <ul style="list-style-type: none"> אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך. 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.ז.הות / ח.פ. _____ (הלקוחות)			
מבקשים בזה להקים בחשבונו 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.			
תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____			

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: _____	

בטופס זה - מקור אשר ישלח לסניף הבנק + 3 העתקים (חברת הביטוח, סוכן, מבוטח).