

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' 1700-70-28-70

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה) שם הסוכנות

מספר הטלפון של הסוכן מספר הטלפון הנייד של הסוכן

קוד סוכן שם המפקח

שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
אני, החתום מטה, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים המנוהלים על-ידי גופים מוסדיים מקבוצת הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ("הראל"),
פונה בזה אל הראל בבקשה להצטרף למוצרים פנסיוניים בהתאם למפורט להלן:

למילוי במחלקה:

חותמת תאריך קבלת ההצעה	מספר פוליסה/הצעה	מספר סוכן
	מספר פוליסה/הצעה	מספר פוליסה/הצעה

א פרטי המועמד להצטרפות לביטוח לעצמאי (יש לצרף ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטריה, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה ולוודא שהופעלה - ההפעלה תעשה באמצעות אתר משרד הפנים או בטלפון *3450)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
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	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנה 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 אנה 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, אנה מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il				
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 אנה 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 למוצרים שלך בהראל יישלחו 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 פרטי הפוליסה והתשלום לביטוח עצמאיים

תקופת הביטוח: עד לגיל תום (ניתן 60-67) (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	תאריך התחלת הביטוח המבוקש: 20	גובה תשלום ההפקדה השוטפת: ש"ח. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן. <input type="checkbox"/> ישולם בהוראת קבע לבנק (יש למלא טופס הוראת קבע) בסך של	<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית
--	---	---	---



ביטוח והראל 31922.11 01/2021

ג תכנית הביטוח המבוקשות לחיסכון ולמקרה מוות

קצבה מור
 דמי ניהול מהפקדה: 3%
 דמי ניהול מחיסכון מצטבר: 0.5% לשנה כל עוד הפוליסה בתוקף ומועברות בגינה הפקדות שוטפות ורציפות (במקרה של הפסקת תשלומי הפרמיה, דמי הניהול מהחיסכון יעלו לשיעור של 1.05% לשנה).
 מור לעצמאיים

ד סוג הפוליסה המבוקשת לאובדן כושר עבודה כניכוי נוסף מעבר להפקדה לחסכון (סמן ב-✓)

הכיסוי הינו לגיל תום: (ניתן 60-67). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.

<p>הכנסה חודשית כוללת: (שכיר - שכר ברוטו/עצמאי - הכנסה מדווחת לרשויות המס) ש סכום הפיצוי החודשי המבוקש: ש</p>	<p><input type="checkbox"/> הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה) פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח</p> <p>נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:</p> <p><input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי²</p> <p><input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)² או <input type="checkbox"/> תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה)³</p> <p><input type="checkbox"/> ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי</p> <p><input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25%</p> <p><input type="checkbox"/> נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> 1% בשנה או <input type="checkbox"/> 2% בשנה</p> <p><input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי</p>
---	---

²בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
³מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.
 *לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את התכנית והנספחים הנותרים, אם קיימים.

ה מסלולי השקעה (ניתן לבחור עד 5 מסלולים סה"כ)

שם המסלול	שם המסלול	שם המסלול	שם המסלול
<input type="checkbox"/> מודל השקעות תלוי גיל ³ (ברירת המחדל)%	<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח ללא מניות%
<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח עד 10% במניות%	<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח עד 20% במניות%
<input type="checkbox"/> הראל מסלול שקלי טווח קצר%	<input type="checkbox"/> הראל מסלול חו"ל%
סה"כ	100%		

בהיעדר סימון בדבר מסלולי השקעה, יושקעו הכספים במסלול השקעה ברירת מחדל - "מודל השקעות תלוי גיל", כהגדרתו בפוליסה.
³מודל השקעות תלוי גיל:
 א. כספי מבוטח ב"מודל השקעות תלוי גיל" ישוייכו אוטומטית לאחד מ-3 המסלולים הבאים:
 1. הראל מסלול לבני 50 ומטה
 2. הראל מסלול לבני 50 עד 60
 3. הראל מסלול לבני 60 ומעלה
 ב. מי שאינו מתאים עוד לגילו לפי המודל, ישוייך למסלול ברירת המחדל המתאים לגילו, וזאת מבלי לגרוע מזכותו של מבוטח שטרם החל לקבל קצבה מהפוליסה, להודיע על רצונו לעבור לכל מסלול השקעה אחר בפוליסה, והכל בהתאם להוראות המפורטות בדיון.
 ג. המעבר בין קבוצות הגילאים יהיה ב-7 לחודש העוקב ליום ההולדת של המבוטח. אם ה-7 לחודש אינו חל ביום עסקים, מועד ההעברה יבוצע ביום העסקים העוקב ל-7 לחודש.

ו מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
				%
				%
				%
				%
				%
				%
				%
בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על-פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.					100%

הנחיות כלליות: יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או היך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המצוינות מטה 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. לידעתך, 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 משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז./דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	קופת חולים
שם רופא מטפל		משקל בק"ג		גובה בס"מ	

האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? עליה ירידה של ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: דיאטה אחר, פרט.....

שאלון עישון:
אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:
 מעולם לא עישנתי
 הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום..... במשך..... שנים
 עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני..... שנים, כמות של..... ליום, משך..... שנים.

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	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			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 נפש
3.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון מחלות דם
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליציטמיה			שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם
5.	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			שאלון בלוטת המגן. לבלוטת יותרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> לבלב			דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+ דוח מעקב אחרון
7.	גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)			שאלון 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"/> 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
8.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליית <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> מום כלייתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן			שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
9.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
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 / כאב כרוני <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			שאלון עור
11.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> אם כן - האם יש פגיעה במפרקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)			מסמכים רפואיים
12.	מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס			שאלון נשים
13.	לנשים: א. <input type="checkbox"/> בעיות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות שדיים ב. <input type="checkbox"/> טיפולי פוריות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות ג. האם את בהריון כעת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, באיזה שבוע....., האם ההריון ספונטני: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם ההריון תקין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
14.	לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: <input type="checkbox"/> אשכים <input type="checkbox"/> ערמונית			ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאת PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום)
15.	פרק א' - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות			

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)			שאלון עיניים
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיית שמיעה			שאלון אף/אוזן/גרון
3.	היעדרות מעבודה: האם נעדרת מעבודה עקב מחלה או תאונה או היית בחופשת מחלה יותר מעשרה ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות? אם כן, אנא פרט - מתי ומאיזו סיבה?			שאלון מתאים בהתאם לבעיה בגינה נעדרת מהעבודה
4.	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			שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות, שאלון ברכיים
5.	<input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)			שאלון אוסטיאופורוזיס

טווח והראלי 31922.11 01/2021



פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח			
מס'	שאלה	כן	לא
1.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?		שאלון אלכוהול
2.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?		שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)
3.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.		שאלון מחלות במשפחה
4.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?		שאלון תאונות/נכות
5.	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?		פירוט ומסמכים רפואיים
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?		שאלון אישפוזים + דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח בעשר השנים האחרונות?		פרוט וסיכומי הניתוחים
8.	תרופות: האם את/ה נוטלת/ת רפואות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?		פרוט ומסמכים רפואיים
9.	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, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> נא פרט מטה. <input type="checkbox"/> כן		אם הבעיה בגינה הוצהר בשאלה זו בחיוב, לא דווחה בשאלה אחרת בהצהרה - יש לפרט - איזו בדיקה בוצעה, מתי, מה הייתה התוצאה, טיפול ומצב כיום (יתכן ותדרש בהעברת מסמכים בהתאם לפירוט)

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)

.....

.....


.....

.....


.....

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור ל"הראל" השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ" להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך: שם המועמד לביטוח: מספר זהות: חתימת המועמד: 

תאריך: עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה:

חתימת עד / סוכן הביטוח (כולל מס' רישיון): 

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 אודותיי, 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 והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי 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.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 פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

1. לתשומת ליבך, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך 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, והכל בכפוף להוראות הדין.
3. 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.
4. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
5. בהמשך להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל הודעות הבקשות וההצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להן, בכתב ובמשרדה הראשי של החברה, בכתובתה ברחוב אבא הלל 3 ברמת-גן (או בכתובת אחרת כפי שתפורסם באתר האינטרנט של החברה www.harel-group.co.il) ולא במשרדו של סוכן הביטוח הרלוונטי: הצעות לביטוח, שינוי הרכב ההשקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שינוי מוטבים, בקשות לתשלום ערך הפדיון בתום תקופת הביטוח.
6. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצרים פנסיוניים ולטיפול בעניינים הקשורים בהם. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול במוצר הפנסיוני ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.
7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות ניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
8. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסיית, 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.

יא הצהרות למועמד לביטוח

1. אני הח"מ, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים, מבקש מהראל להצטרף לאחת התכניות ולקבלני כמבוטח כמפורט בהצעה זו.
 2. אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הכלולה הן נכונות ומלאות.
 3. אני מסמיך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל הודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 4. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 5. 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 לביטוח: 

יב הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי, את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על-פי תעודת הזהות שלו.

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

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 בעל הכרטיס:

במידה והמשלם שונה מהמועמד לביטוח, יש למלא טופס משלם חריג הנמצא באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il.

תשלום בהוראת קבע לבנק יד

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 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.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 ותוספותיהן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

מס' הוראה 31922.11 01/2021



הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.
(צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד

(שם הגוף המוסדי) (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי:

כתובת:

מייפה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מס' סוכן בהראל:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): (1) יועץ פנסיוני (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות¹ להצטרפות למוצר או העברת בקשות² לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסינית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומייפה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

- במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.</p>

2. תקופו של ייפוי כוח

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום:</p>
--

ולראיה באתי על החתום:

.....
 תאריך החתימה
 חתימת הלקוח

.....
 תאריך החתימה
 חתימת סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני
 שם סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסינית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקיח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסינית מרכזית), התשע"ב-2012.

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



א פרטי המבוטח/עמית

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות או דרכון*, מדינת דרכון.....
---------	----------	--

ב איש ציבור זר/מקומי

האם אתה תושב חוץ* כן לא

אם סומן כן - אנא מלא נספח 1 - טופס איש ציבור זר

אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות?

כן לא

אם סומן כן - אנא מלא נספח 2 טופס איש ציבור מקומי

***תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או לא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה ע"פ רישיון לישיבת קבע "איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;

"**איש ציבור זר**" - **תושב חוץ** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;

"**איש ציבור מקומי**" - **תושב** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;

"**בן משפחה**" - בן זוג, אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.

"**תפקיד ציבורי בכיר**" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד קבוע בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

ג קיומו של נהנה בחשבון

אני..... (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית) בעל מס' זהות.....

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון.

יש נהנה/ים בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון - אנא מלא נספח 6 - שאלון פועל עבור נהנה.

ד פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק

שכיר / שכיר בעל שליטה: שם המעסיק:.....

עצמאי:

שם העסק..... מען העסק..... מחזור הכנסות שנתי.....

מהו תחום העיסוק של העסק?

יהלומים ואבני חן נדל"ן סחר במתכות יקרות בלדרות סחר בנשק עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר

סחר במטבעות וירטואליים מתן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך

עסק בו עיקר הפעילות במזומן הימורים חוקיים אחר:.....

■ רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:

חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי סטודנט קטין לא עובד חבר קיבוץ אברך/תלמיד ישיבה

גמלאי עיסוק טרם הפרישה.....

טווח הראל 24751/26317 01/2020



1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
 חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לטווח בנוי (בין שנתיים לשש שנים) חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
 האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? אם כן, מלא סעיף זה. אם לא, יש למלא טופס הכר את המשלם (נספח 3)
 משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון מכירת עסק הלוואה
 ירושה פיצויי פיטורין/פרישה זכייה מכירת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת השכרת נכס
 מתנה. שם נותן המתנה: זיקה לנותן המתנה:
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: שם המדינה:
 תרומה אחר. פרט:

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ישראל מדינה אחרת.
 במידה והכספים התקבלו ממדינה שאינה ישראל נדרש למלא טופס כספים מחו"ל (נספח 4)

4. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): ניווד חד פעמי אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:
 חד פעמי חצי שנתי חודשי שנתי רבעוני ניווד חד פעמי אין הפקדות צפויות אחר. פרט:

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון:
 המחאה הוראת קבע/כרטיס אשראי העברה בנקאית

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא לא ידוע
 אם סומן כן, ציין את שם המדינה הזרה:

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא לא ידוע

הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

שם: תאריך: חתימה: 

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

שם: תאריך: חתימה: 

תשובות המחייבות שאלון - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il

שאלונים נוספים		
נספח 1	1	טופס איש ציבור זר
נספח 2	2	טופס איש ציבור מקומי
נספח 3	3	משלם שאינו המבוטח
נספח 4	4	טופס כספים מחו"ל
נספח 6	5	שאלון פועל עבור נהנה