

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

☐ הצטרפות ☐ הצטרפות והעברה

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

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

א פרטי המעסיק	
שם	מס' ח"פ/זהות
רחוב	מס' יישוב
איש קשר	מס' פקס
מס' טלפון	דוא"ל
E-Mail	

ב פרטי המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)	
שם משפחה	שם פרטי
מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה
מס' ילדים	מיין ☐ ז ☐ נ
מצב אישי ☐ נשוי ☐ רווק ☐ גרוש ☐ אלמן	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? ☐ כן ☐ לא
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:	
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:	
רחוב	מס' יישוב
מיקוד	טלפון
טלפון נייד	טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אויר/בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי? ☐ לא ☐ כן (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)	
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? ☐ כן ☐ לא	
ככל שהתשובה חיובית, אנא 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 במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנא סמן ☐	
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	

ג פרטי הפוליסה והתשלום לביטוח שכירים	
תקופת הביטוח:	עד לגיל תום (ניתן 60-67)
הפרמיות ישולמו לפי שכרו של העובד באופן שוטף בהמחאה או העברה בנקאית.	(ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)

בנוסף על דמי הניהול, רשאית חברת הביטוח לגבות מהנכסים המנוהלים בפוליסה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il

א. בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי החודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

ב. הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים. לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תעריפית של 2.5%.

²בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
³באופן רשמי, לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת ההמתנה.
⁴לכל 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.

שם מסלול	% תגמולים	% פיצויים
☐ מודל השקעות תלוי גיל (ברירת מחדל) ⁵	%	%
מסלולים מתמחים בניהול אקטיבי		
☐ הראל מסלול אשראי ואג"ח	%	%
☐ הראל מסלול כספי (שקלי): - אם בחרת במסלול זה, יש למלא את סעיפי א ו-ב' א. בחר את משך זמן ההשקעה במסלול הכספי (שקלי): ☐ 6 חודשים ☐ 12 חודשים ☐ 24 חודשים ב. בחר מסלול השקעה אחד אליו יועברו הכספים מהמסלול הכספי (שקלי) בתום התקופה שבחרת: ☐ מודל השקעות תלוי גיל ☐ הראל מסלול אשראי ואג"ח ☐ הראל מסלול מניות ☐ הראל מסלול אג"ח סחיר ☐ הראל מסלול מניות משולב סחיר ☐ הראל מסלול עוקב מדדים - גמיש ☐ הראל מסלול עוקב מדדי אג"ח ☐ הראל מסלול עוקב מדדי מניות ☐ הראל מסלול עוקב מדד S&P 500 ☐ הראל מסלול קיימות ☐ הראל מסלול הלכה	%	%
☐ הראל מסלול מניות	%	%
מסלולים מתמחים באפיקי השקעה סחירים		
☐ הראל מסלול אג"ח סחיר	%	%
☐ הראל מסלול מניות סחיר	%	%
☐ הראל מסלול משולב סחיר	%	%
מסלולים עוקבי מדדים		
☐ הראל מסלול עוקב מדדים - גמיש	%	%
☐ הראל מסלול עוקב מדדי אג"ח	%	%
☐ הראל מסלול עוקב מדדי מניות	%	%
☐ הראל מסלול עוקב מדד S&P 500	%	%
מסלולי אמונה וקיימות		
☐ הראל מסלול קיימות	%	%
☐ הראל מסלול הלכה	%	%
סה"כ	100%	100%
אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לרכיב הפיצויים (מסלול שאינו ברירת מחדל)		
חשוב לבדוק: אם הבחירה שלך לגבי מרכיב פיצויים היא במסלול השקעה שאינו מסלול "ברירת המחדל" ובהסכם ההעסקה שלך לא חל עליך "סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין", אז יש לבקש מהמעסיק לחתום בסעיף "אישור המעסיק" בטופס זה.		
תאריך:	חתימת המעסיק: 	

- לאחר סיום תהליך ההצטרפות יהיה באפשרותך לצפות בשיעור העלות השנתית הצפויה (המורכבת מדמי הניהול שלך והוצאות ניהול השקעות) ביחס לכל מסלולי ההשקעה בפוליסה, באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו www.harel-group.co.il.
 - בהיעדר סימון בדבר מסלולי השקעה, יושקעו הכספים במסלול השקעה ברירת מחדל - "מודל השקעות תלוי גיל", כהגדרתו בפוליסה.
- ⁵מודל 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 לגילוי לפי המודל, ישוּיך 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 בד"ן.
- 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. 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.

ח שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (במידה ולא תבחר אף אחת מן האפשרויות לעניין זה, ברירת המחדל תהיה "לא")

הסכם לפי סעיף 14	☐ כן	קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו הרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים מתוקף הצו.
	☐ לא	
זכאות בלא תנאי	☐ כן	ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים יהיה שווה לצבירת הפיצויים. חרף האמור לעיל ואם קיימת למבוטח זכאות בלא תנאי, יהיה ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים, אם שולמו למבוטח, לפי הגבוה מבין אלה: 1. צבירת הפיצויים. 2. סך-כל התשלומים ששולמו למרכיב הפיצויים, כשהם צמודים למדד אך לא יותר מסך החיסכון הצבור בפוליסה; תשלום השלמה להפרשי הצמדה כאמור, ינוכה ממרכיב התגמולים של העובד והמעביד לפי תקנות מס הכנסה. בסעיף משנה זה - 1. "זכאות בלא תנאי" - זכאותו של המבוטח לערך הפדיון, למעט על-פי סייג לזכאות, שאינה ניתנת לשינוי או לביטול, אם ניתנה ביום התשלום הראשון של המעביד לפוליסה, גם אם נקבע במועד האמור כי הזכאות תתגבש רק בתום לא יותר משלוש שנות עבודה אצל אותו המעביד. 2. "סייג לזכאות" - התניה בפוליסה ובהסכם העבודה שלפיה העובד לא יהיה זכאי לקבל את ערך הפדיון, אם התקיימו בו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים, לפי סעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורים. 3. "צבירת הפיצויים" - סך-כל ההפקדות ששולמו למרכיב הפיצויים, בתוספת הרווחים כפי שיוחסו למרכיב זה על-פי הוראות תקנות מס הכנסה והכול בניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת ומהחיסכון המצטבר שיוחסו למרכיב זה.
	☐ לא	
תאריך: במידה וצוין כן, חתימת המועמד לביטוח: במידה וצוין כן, חתימת המעסיק: 		

ט מינוי המוטבים במות המבוטח ⁷					
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
⁷ בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על-פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה. יובהר כי כספי הפיצויים אינם מהווים חלק מהעזבון.					
				סה"כ	100%

הצהרת בריאות (קוד הצהרה 10) (סכומי הביטוח לעניין החלטת החיתום כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)

הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

- יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובה חיונית (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.
- לידיעתך, בין אם התשובה לשאלה בנושא איידס ו/או נשאות HIV תהיה חיונית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש/י לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.
- אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימום מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות/דרכון	תאריך לידה	מין ☐ ז ☐ 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: ☐ מערכת העצבים ☐ המוח ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת ☐ אירוע מוחי ☐ פוליו ☐ הפרעות קשב וריכוז ☐ האם פנית לרופא להתייעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון ☐ אפילפסיה			שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) ליתר - פירוט ומסמכים רפואיים
2.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: ☐ לב ☐ כלי דם ☐ מערכת כלי דם היקפית (פרפריאלי) ☐ הפרעת קצב ☐ בעיה במסתמי הלב ☐ מומי לב			שאלון לב, שאלון כלי דם
3.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון נפש
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: ☐ מחלות דם ☐ בעיות קרישה ☐ אנמיה ☐ לוקמיה ☐ פוליציטמיה			שאלון מחלות דם
5.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות : ☐ יתר לחץ דם ☐ סכרת (לרבות סכרת הריון) ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול ☐ תסמונת מטבולית			שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ בלוטות ☐ בלוטת המגן (התריס) ☐ בלוטת יתרת המוח ☐ אדרנל ☐ בלב			שאלון בלוטת המגן. לבלוטת יתרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
7.	☐ גידול שפיר ☐ גידול ממאיר ☐ מחלה ממארת (סרטן)			דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+ דוח מעקב אחרון
8.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ מערכת העיכול ☐ המעיים ☐ כיס המרה ודרכי מרה ☐ הטחול ☐ פי הטבעת ☐ ושת ☐ קיבה ☐ כבד ☐ שחמת כבד ☐ מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה ☐ הפרעות בתפקוד כבד ☐ כבד שומני			שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
9.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ כליות ☐ דרכי שתן ☐ אבנים בכליות או בדרכי השתן ☐ מום כליתי מולד ☐ אי ספיקת כליות ☐ הפרעה בתפקודי כליה ☐ חלבון בשתן ☐ דם בשתן			שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
10.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה ☐ אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
11.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ ריאומטולוגיה ☐ רקמות חיבור ☐ דלקות פרקים ☐ לופוס (זאבת) ☐ גאוס ☐ פיברומיאלגיה / כאב כרוני ☐ קדחת ים תיכונית (FMF) ☐ דלקת פרקים פסוריאטית ☐ דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
12.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ עור ☐ מין ☐ פסוריאזיס, אם כן - האם יש פגיעה במפרקים: ☐ כן ☐ לא ☐ לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)			שאלון מחלות עור
13.	☐ מחלות זיהומיות ☐ איידס ☐ נשאות לאיידס			מסמכים רפואיים
14.	לנשים: א. ☐ בעיות גניקולוגיות ☐ בעיות שדיים ב. ☐ טיפולי פוריות ☐ הפלות חוזרות ☐ שחלות פוליציסטיות ג. האם את בהריון כעת? ☐ כן ☐ לא, באיזה שבוע?, האם ההריון ספונטני: ☐ כן ☐ לא, האם ההריון תקין: ☐ כן ☐ לא			שאלון נשים
15.	לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: ☐ אשכים ☐ ערמונית			ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאת PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום)

פרק א'2 - 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 ☐ הפרעות ראייה (יש לצין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)			שאלון עיניים
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: ☐ אף ☐ אוזן ☐ גרון ☐ 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 ☐ כאבי גב ☐ בעיה בעמוד שדרה ☐ מפרקים ועצמות ☐ בלט דיסק ☐ פריצת דיסק ☐ בעיות או קרעים ברצועות ☐ בעיות או קרעים במינסקוס ☐ CTS ☐ אוסטיאומיאליטיס כרוני			שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות, שאלון ברכיים
5.	☐ ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)			שאלון אוסטיאופורוזיס



^dt3020

יא

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.
*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

יג מידע למועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

- לתשומת ליבך, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.
- ההתקשרות עם קבוצת הראל תכנס 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 יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- בהמשך להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל ההודעות 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
- פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
- פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- 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.
- למעשנים בלבד:** לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

תחיתת המועמד לביטוח

שם המועמד לביטוח

תאריך

יד הצהרות המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

- אני הח"מ, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים, מבקש מהראל להצטרף לאחת התכניות ולקבלני כמבוטח כמפורט בהצעה זו.
- אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הכלולה הן נכונות ומלאות.

תחיתת המועמד לביטוח

תאריך

טו הצהרת הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי, את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על-פי תעודת הזהות שלו.
- אני מצהיר בזאת ומאשר כי בקשת ההצטרפות עומדת בהוראות הדין ובכלל זה, בהוראות תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), תשכ"ד-1964 ("תקנות מס הכנסה") ובהוראות תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), תשס"ח-2008 ("תקנות הניוד"), הקובעות כי הפקדת סכומים לפוליסה זו הן רק בשל חלק מן ההפקדה העולה על התקרה הקבועה בתקנות מס הכנסה, וכי ניתן להעביר רק את הסכומים העולים על היתרה הצבורה הקבועה בתקנות הניוד.

תחיתת הסוכן

שם הסוכן

תאריך

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת יפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.
(☐ צורך מסמך זהו של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד

..... (שם הגוף המוסדי) (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי:

כתובת:

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה 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 מטעמי, 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 בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה 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
		☐
		☐

- 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)
שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה
☐ 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.
☐ 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.
☒ חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.
2. תקופו של יפוי כוח
שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה
☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום

ולראיה באתי על החתום:

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

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית 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 שגדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

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