

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

מספר פוליסה/ות

## המשכיות הפוליסה

מדידת חשב	אופן המשך הפוליסה	מרכיב / סוג כיסוי ביטוחי
<p>אני החתום מטה מבקש להמשיך את הפוליסה בבעלותי כפוליסת תגמולים לעצמאיים <b>יש לצרף ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה.</b> <b>יש למלא שאלון "הכר את הלקוח". אפשר להוריד את הטופס בקישור הבא: <a href="http://www.harel-group.co.il/t/MZsMXL">www.harel-group.co.il/t/MZsMXL</a></b> ניתן יהיה לשנות את הפוליסה לפוליסת ביטוח מנהלים בעתיד. לתשומת לבך כי הכספים שיופקדו בפוליסה החל ממועד זה הם כספים המיועדים לקצבה. אנא סמן ב-✓ לגבי כל רכיב/סוג ביטוח, אחת מ-2 האפשרויות הבאות לגבי המשך הפוליסה:</p>	<p>אנא בחר את האפשרות הרצויה: <input type="checkbox"/> הפקדה החודשית לחסכון לסך של ..... ש"ח * * בפוליסות עדיף ומסלולי השקעה הסכום המינימלי להפקדה חודשית לחיסכון הוא 100 ש"ח.</p>	<p>1.א. חסכון</p>
<p>אם בחרת באחת האפשרויות של הקטנת סכום הפיצוי החודשי, הגדלת הפיצוי בעתיד תהיה בכפוף לאישור החברה ולחיתום רפואי. לחילופין, באפשרותך לרכוש <b>נספח ברות ביטוח</b> כמפורט בסעיף ב' בטופס זה ובכפוף לתנאים המפורטים שם.</p>	<p>אנא בחר את האפשרות הרצויה: <b>עם הפקדות לחסכון:</b> <input type="checkbox"/> סכום פיצוי חודשי ללא שינוי <input type="checkbox"/> הקטנת הפיצוי החודשי לסך של ..... ש"ח <input type="checkbox"/> ביטול כיסוי <b>עם או ללא הפקדות לחסכון:</b> <input type="checkbox"/> הקטנת הפיצוי החודשי לפיצוי בגובה שכר המינימום לפי חוק שכר מינימום, התשמ"ז-1987.</p>	<p>1.ב. אובדן כושר עבודה</p>
<p>אם בחרת באחת האפשרויות של הקטנת סכום הביטוח, הגדלת סכום הביטוח בעתיד תהיה בכפוף לאישור החברה ולחיתום רפואי. בפוליסות מסוג מסלולי השקעה עלות הביטוח לא תעלה על הפרמיה המוכרת לרכישת כסויים ביטוחים (35% מסך הפרמיה לחיסכון בניכוי דמי הניהול מפרמיה)</p>	<p>אנא בחר את האפשרות הרצויה: <input type="checkbox"/> סכום ביטוח ללא שינוי <input type="checkbox"/> הקטנת סכום הביטוח לסך של ..... ש"ח <input type="checkbox"/> ביטול כיסוי</p>	<p>1.ג. ריסק למקרה מוות</p>
<p>אם בחרת באחת האפשרויות של הקטנת סכום הביטוח, הגדלת סכום הביטוח בעתיד תהיה בכפוף לאישור החברה ולחיתום רפואי.</p>	<p>אנא בחר את האפשרות הרצויה: <input type="checkbox"/> סכום ביטוח ללא שינוי <input type="checkbox"/> הקטנת סכום הביטוח לסך של ..... ש"ח</p>	<p>1.ד. אחר (נא לציין את שם הכיסוי)</p>

## נספח ברות ביטוח לבעלי כיסוי אובדן כושר עבודה "הראל לעתיד חדש" אשר נרכש החל מדצמבר 2017

<p>במקרה שבחרת להקטין את הפיצוי החודשי במקרה של אובדן כושר עבודה בסעיף א' בטופס זה, ואינך מועסק, באפשרותך לרכוש נספח ברות ביטוח בעת סיום תקופת הריסק הזמני בכפוף לתנאים הבאים: ✓ יש לך כיסוי אובדן כושר עבודה "הראל לעתיד חדש" אשר נרכש החל מדצמבר 2017. ✓ המצאת הצהרה על כך שהנך בהעדר תעסוקה. נספח ברות ביטוח מהווה הרחבה לכיסוי אובדן כושר עבודה "הראל לעתיד חדש" אשר נרכש החל מדצמבר 2017 ומאפשר לך לחזור להיות מבוטח בעתיד עד לגובה הפיצוי החודשי שהיה לך לפני הקטנתו ללא חיתום רפואי חדש, הכל בהתאם לתנאים המפורטים בנספח. ניתן לרכוש את הנספח במקרה של העדר תעסוקה בעת סיום תקופת הריסק הזמני, והוא ייכנס לתוקף לאחר שתקבל את התשלום החודשי הראשון עבורו. <b>אם הנך מעוניין אנא סמן:</b> <input type="checkbox"/> בנוסף להקטנת הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה כמפורט בסעיף א', ובהתאם לתנאים המפורטים לעיל, אני מבקש לרכוש נספח ברות ביטוח.</p>
--




מועמד לביטוח		
לא	כן	
		<p>אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.</p> <p>בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a>, 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.</p>

ד מידע למבוטח

- ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרמיה הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה הראשונה, לפי המועד המוקדם מביניהם.
- לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי הראל, המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך, יופיעו גם באיזור האישי שלך שבאתר החברה.

ה חתימת המבוטח

שם המבוטח	תעודת זהות
תאריך	חתימת המבוטח 

# תשלום בכרטיס אשראי

סוג הכרטיס: <input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דינירס <input type="checkbox"/> אחר: .....	
מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס
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 שיופסק וישיא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: ..... חתימת בעלי הכרטיס:

אם בעל הכרטיס שונה מן המבוטח - יש למלא טופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר האינטרנט של החברה [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

# תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה													
לכבוד, בנק: .....	סניף: .....												
מס' חשבון בנק	סוג חשבון												
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">קוד מסלוקה</th> <th colspan="2">קוד המוסד</th> </tr> <tr> <td>סניף</td> <td>בנק</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td>0 8</td> </tr> </table>	קוד מסלוקה		קוד המוסד		סניף	בנק					6	0 8	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
קוד מסלוקה		קוד המוסד											
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' תעודת 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:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- 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.
- הרשאה 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:

# מועד התשלום בהוראת קבע

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה- <input type="checkbox"/> 5 לחודש <input type="checkbox"/> 14 לחודש <input type="checkbox"/> 25 לחודש
---

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



יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

## 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 לשיבת 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 זוג 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 מספר תעודת 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.....



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): .....

5. תדירות הפקדות צפויה:  
 חד פעמי  חצי שנתי  חודשי  שנתי  רבעוני  נIOD 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

ה **הצהרות**

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

שם: ..... תאריך: ..... חתימה:  .....

ה **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:  .....

ה **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 5	5	שאלון הכר את הכסף להפקדות חד פעמיות בפוליסה קיימת
נספח 6	6	שאלון פועל עבור נהנה