

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

יש למלא את הטופס ולהעבירו בחזרה להראל פנסיה וגמל לפקס: 03-7348783
או במייל: hishtalmut-plus@harel-ins.co.il

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

א פרטי המועמד לביטוח

| | | | | |
|---------------|---------|----------------|------------|---|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | תאריך לידה | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |
| רחוב | מס' | ישוב | מיקוד | מס' הטלפון נייד |
| שם קופת חולים | סניף | שם הרופא המטפל | | |

אישור מועמד לקבלת דוחות לעמית למועמד הראשון לביטוח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת:
.....@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.

ככל שיהיה שינוי בכתובת או בטלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במידי לחברת הביטוח.

ב מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי

| | |
|---|---|
| להלן מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי המוצע בפוליסה הקבוצתית אשר באפשרותך לרכוש. כל האמור מטה הינו בכפוף לתנאי הפוליסה והפרשנות תהיה בהתאם להגדרות שבפוליסה. במקרה של סתירה הין האמור בטבלה זו לבין האמור בפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה. | |
| החברה המבטחת | מספר פוליסה להלן "הפוליסה" |
| שם בעל הפוליסה וכתובתו | הראל פנסיה וגמל בע"מ, אבא הלל 3, רמת-גן |
| עיקרי הכיסויים הביטוחיים | ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח. |
| הכיסוי | פרמיה חודשית לפי גילאים ללא תוספת רפואית |
| ריסק למקרה פטירה | עד גיל 49 (כולל) 7 ש"ח |
| הפרמיות וסכומי הביטוח צמודים למדד 12354 נק' אשר פורסם ביום 15/08/2013 | גיל 50-59 (כולל) 17 ש"ח |
| | גיל 60-69 (כולל) 50 ש"ח |
| סוג הפרמיה קבועה/משתנה | משתנה לפי גיל. |
| משלם הפרמיה ואמצעי תשלום | המבוטח באמצעות בעל הפוליסה. |
| תדירות תשלום הפרמיה | חודשית. |
| תקופת הביטוח | עד ליום 31.8.2018 או עד גיל תום הביטוח כמוגדר בתנאי הפוליסה, המוקדם מבניהם. |
| החרגות | ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי. |

ג מידע למועמד לביטוח

המוטבים למקרה מוות ייקבעו לפי המוטבים בחשבון קרן ההשתלמות. אם ברצונך לקבוע מוטבים אחרים, ניתן לבצע זאת בהודעה נפרדת.

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו, כולל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות, יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
- המוטבים למקרה מוות ייקבעו לפי המוטבים בחשבון קרן ההשתלמות. אם ברצונך לקבוע מוטבים אחרים ניתן לבצע זאת בהודעה נפרדת.
- 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, ככל שרלוונטי.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מישהו מטעמן תעשה בו שימוש לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- לידיעתך, במידה והתשובה על אחת מהשאלות בהצהרת הבריאות הינה חיובית לא ניתן יהיה לצרף אותך לביטוח במסגרת זו.
- במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות להראל בהתאם לפרטים המופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il

ד הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי המצורף לו.
- לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה להראל פנסיה וגמל בע"מ לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
- אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.

תאריך:

חתימה:



11/2017 b17045/20295 ת"ת הראל

א הנחיות כלליות

יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן.
למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל לכל הפחות את פרטי המידע הבאים:
ניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.


יש להקיף בעיגול את התשובה הנכונה

| | | | |
|----|--|----|----|
| 1. | האם אושפזת (שלא עקב שברים הנובעים מתאונות) בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה במשך 3 השנים האחרונות לתקופה רצופה העולה על 96 שעות. | כן | לא |
| 2. | האם נקבעה לך ע"י המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם רשמי אחר שיעור נכות של 35% או יותר או שהוגשה מטעמך בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור? | כן | לא |
| 3. | האם אתה סובל או סבלת מאחת המחלות/בעיות הרשומות להלן בחמש שנים אחרונות | | |
| | א. מחלות לב | כן | לא |
| | ב. מחלות כלי דם | כן | לא |
| | ג. סרטן | כן | לא |
| | ד. מחלת כבד | כן | לא |
| | ה. מחלת סוכרת | כן | לא |
| | ו. איידס או נשאות לאיידס | כן | לא |
| | ז. אירוע מוחי | כן | לא |

ב הצהרת המועמדים לביטוח

אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנו מרצוני החופשי.

תאריך: שם פרטי + שם משפחה:

מס' זהות: חתימה: 

ג ויתור סודיות רפואית

■ אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברת לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה, (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.

■ אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה לו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

■ השימוש בכתב ויתור זה יתבצע על ידי החברה רק ככל שהדבר דרוש לצורך בירור זכויות וחובות המוקנות על ידי הפוליסה.

תאריך: שם פרטי + שם משפחה:

ת.ד.: חתימה: 