

יש למלא את הטופס ולהעבירו בחזרה להראל פנסיה וגמל לפקס: 03-7348460  
או במייל: fax8460@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 באופן מדי 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 בין האמור בטבלה זו לבין האמור בפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה.	
החברה המבטחת	הראל חברה לביטוח בע"מ
מספר הפוליסה	899661184
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 הפרמיות וסכומי הביטוח צמודים למדד 12354 נק' אשר פורסם ביום 15/08/2013	עד גיל 49 (כולל) גיל 50-59 (כולל) גיל 60-69 (כולל)
סוג הפרמיה (קבועה/משתנה)	משתנה לפי גיל.
משלם הפרמיה ואמצעי תשלום	המבוטח באמצעות בעל הפוליסה.
תדירות תשלום הפרמיה	חודשית.
תחילת תקופת הביטוח	מועד הצטרפות המבוטח כעמית אצל בעל הפוליסה ובהתקיים התנאים המפורטים בפוליסה.
תקופת הביטוח	עד ליום 31.8.2021 או עד גיל תום הביטוח כמוגדר בתנאי הפוליסה, המוקדם מביניהם. בעל הפוליסה רשאי להאריך את הפוליסה לתקופות נוספות בהתאם לתנאי הפוליסה.


## ג מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו, כולל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
- תשומת לבך כי קרן ההשתלמות מנוהלת ברמת ת.ז. במידה וקיימים בקרן מס' חשבונות, תשלומי הפרמיה ייגבו באופן יחסי מכל החשבונות.
- המוטבים למקרה מוות יקבעו לפי המוטבים בחשבון קרן ההשתלמות. תשומת לבך כי במקרה פטירה חלוקת סכום הביטוח תהיה בהתאם לחלק היחסי של תשלומי הפרמיה הנגבים מכל אחד מחשבונותיך בקרן ההשתלמות במועד הפטירה. כמו כן, באפשרותך לקבוע מוטבים אחרים לפוליסת ביטוח החיים באמצעות טופס "הודעה על עדכון מוטבים בפוליסת ביטוח חיים קבוצתי - השתלמות פלוס" אשר ניתן למצוא באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il
- לידיעתך, הכיסוי הביטוחי יסתיים בעת פדיון או ניווד של מלוא הכספים הצבורים בקרן ההשתלמות. על אף האמור לעיל, במידה ותועבר הפקדה לקרן ההשתלמות בחודש העוקב לחודש שבו נמשכו הכספים תמשיך להיות מבוטח במסגרת ביטוח החיים הקבוצתי, והכל בכפוף להוראות הדין ולתנאי הפוליסה.
- תחילת תקופת הביטוח תהיה כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 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 פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) /או מישהו מטעמן תעשה בו שימוש לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- לידיעתך, אם התשובה על אחת מהשאלות בהצהרת הבריאות הינה חיובית לא ניתן יהיה לצרף אותך לביטוח במסגרת זו.
- תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il



1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי המצורף לו.
2. לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה להראל פנסיה וגמל בע"מ לנכות מהיתרה הצבורה על שמי בקרן השתלמות, את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.

תאריך: .....

חתימה:  .....

**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 הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור?	כן	לא
3.	<b>האם אתה סובל או סבלת מאחת המחלות/בעיות הרשומות להלן בחמש שנים אחרונות</b>	כן	לא
	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 חברה 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 מרופאים 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 ברור זכויות וחובות המוקנות על ידי הפוליסה.

תאריך: .....

שם פרטי + שם משפחה: .....

חתימה:  .....

08/2021 3192296 הראל

