

שם הסוכן: ..... מספר הסוכן: ..... התאריך המבוקש להתחלת הביטוח: .....

**חשוב לדעת:**

- עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
- מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

**אופן קבלת הודעות ומסמכים:**

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידע ועדכונים ביחס לפוליסות שלך אצלנו ב"הראל", יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהראל במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחלק הפרטים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסמן כאן  לעדכון הפרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות					
שם משפחה					
שם פרטי					
מין	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה					
קופת חולים					
שב"ן					
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
עיסוק					
מצב אישי					
טלפון נייד					
כתובת דוא"ל					
כתובת מגורים	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למועמד הראשי				
רחוב					
מס' בית					
יישוב					



שם התוכנית	ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר	סכום ביטוח בשר
1	מענקית סרטן - פיצוי למחלת הסרטן											
2	מחלות קשות פרימיים - מענקית זהב											

מענקית זהב: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים גיל כניסה מקסימאלי: 64  
 סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 700,000 ₪ , ילד: עד 600,000 ₪  
 מענקית סרטן: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים. גיל כניסה מקסימאלי: 69  
 סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 500,000 ₪ , ילד: עד 250,000 ₪  
 -לרכישת כיסויי בסיס ונספחים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.

ג. הצהרת בריאות (קוד פנימי - 30)

- הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
- יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [ ], לדוגמה [4]. במידה ויש סימון \* לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.
- יש לצרף שאלון ילדים במקרים הבאים: עבור ילד עד גיל 6 חודשים, או עבור ילד בגיל 6-12 חודשים שמבקשים לרכוש עבורו סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪.

ברכישת מענקית סרטן - יש לענות על חלק א'												
ברכישת מענקית זהב - יש לענות על חלקים א' + ב'												
חלק א'												
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג		מבוטח ראשי						
				כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1 מגיל 16 בלבד: האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמה סיגריות ביום? [26]												
2 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: א <input type="checkbox"/> מחלה או גידול ממאיר (סרטן)* ב <input type="checkbox"/> קרון [9] <input type="checkbox"/> קוליטיס [9] <input type="checkbox"/> שחמת כבד* <input type="checkbox"/> צהבת - הפטיטיס (B,C)*												
3 האם עברת ו/או הומלץ לך ו/או הנך מועמד/ת להשתלה?												
4 האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים או אחיות), הקשורים ללב, סרטן השד, סרטן השחלות, סרטן הערמונית (פרוסטטה), סרטן המעי כולל פוליפוזיס משפחתי, כליות פוליציסטיות, סוכרת, מערכת העצבים: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, הנטינגטון [27]												
5 האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/ הרדמה) אם כן- האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *												
חלק ב'												
6 מגיל 10 בלבד גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)												
7 האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? [33] האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? *												
8 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: א <input type="checkbox"/> קיבה [9] <input type="checkbox"/> מעיים [9] <input type="checkbox"/> ושת [9] <input type="checkbox"/> כבד [10] <input type="checkbox"/> צהבת [10] ב מערכת העצבים* <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> גידולי מוח* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* <input type="checkbox"/> פוליו* <input type="checkbox"/> פרקינסון* <input type="checkbox"/> רעד* <input type="checkbox"/> אוטיזם* <input type="checkbox"/> תסמונת דאון* <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין* <input type="checkbox"/> גושה* <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון? ג עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 8) ד אוזניים [2] ה לב [4] 0 כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> האם הופנית לצנתור שטרם בוצע או טרם נקבעה אבחנה? ו מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] ז ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס* ח מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV* <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס)* ט <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> בלוטת הערמונית(פרוסטטה) [14]												

**ד. אישור תנאי קבלה מראש**

- אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים הכיסויים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:
- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של %..... עקב בעיית:  לחץ דם  כולסטרול  שומנים בדם  סוכרת סיבות אחרות:.....
  - **חובה לפרט את סיבת/ות התוספת.**
  - לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:  סרטן ..... (יש לפרט את סוג המחלה)  עיניים וראייה  שמיעה  אחר:.....

מועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

**ה. התאמת מוצר (השוואה / ביטול)**

1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית ביטוח מסוג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- פוליסה קיימת)?  
 הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:.....  
 מידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי:.....

2. אם התשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם

אני מעוניינת/להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף וללא שינוי.  
 אני מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית פרמיה נוספת.  
 חשוב לדעת: ברכישת כיסוי מסוג פיזוי, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך, וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.

אני מעוניינת/להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי.\*  
 אני מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.  
 חשוב לדעת: ברכישת כיסוי מסוג פיזוי, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך, וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.

**\*לצורך הקטנת היקף הכיסוי ישל העביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.**

אני מעוניינת לבטל את הפוליסה הקיימת.

ברצוני שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצוני לבטל:

על ידי המבוטח

על ידי סוכן הביטוח

על ידי חברת הביטוח הראל (מצורף טופס ביטול) שם חברת הביטוח:.....

**במקרים בהם ברשות המועמד/ים לביטוח פוליסה קיימת שברצונם לבטל או להקטין בה את היקף הפיצוי, וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.**

**ו. מידע למועמד לביטוח**

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליך.

2. רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון מסכימה להעביר פרטי פרמיה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברת הביטוח השונות בישראל וכן, מיד המשיקה את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).

3. **קבלת דבר פרסומת:** הרינו להודיע 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 חיוכי 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](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פנייה טלפונית למספר \*2735.

4. **שימוש במידע:** אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן, תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

5. **למעשנים בלבד:** אם נקבעה לך תוספת רפואת עקב עישון או תעריף "מעשן", והפסקת לעשן למשך שנתיים ויותר, יש לעדכן אותנו או את סוכן הביטוח שלך כדי שנבחן את ביטול התוספת הרפואית או עדכון התעריף.

6. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מגבלות, תשנ"ח-1998,** "אדם עם לקות פיזית, נפשית, או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשרה בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.

7. **גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח, וישתנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל ייקבע כאילו חל יום הולדת המבוטח, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשום בתעודת הזהות. למשל, אם חגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יחושב ה"גיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

כן	לא	יש לענות על השאלות לא/כן בטור המתאים:
		<p><b>1. קבלת מידע מהותי:</b> האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי/ההרחבה לפוליסת הביטוח הקיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי: פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגת בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטים מלאים עליה?</p>
		<p><b>2. הסכמה על שימוש במידע:</b> האם הנך מסכימ/ה, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שהיה 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 לידיעתך 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?</p> <p>תאריך: ..... שם המבוטח: ..... חתימת המבוטח: .....</p>

**3. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:**

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשת שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

**4. גורם משווק לא יכלול בטופס ההצעה אפשרות לביטול העברת המידע לאתר הר הביטוח.** הגורם המשווק יעדכן את המועמד לביטוח אגב הצירוף כי פרטי הפוליסה שירכוש יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצונו לבטל את הופעת הפרטים עליו לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברה המבטחת.

**5. אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.**

**6. הליך הצטרפות:** הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאי חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח, ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.

אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

**7. ויתור סודיות רפואית:** אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משהרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.

**8. תנאי קבלה מיוחדים (החרגות ו/או תוספות):** במידה והכיסויים הנרכשים מחליפים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ילדי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכיסויים החדשים.

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות וניתנות מתוך רצוני החופשי, ומבקש/ת לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אם הביטוח נרכש גם עבור ילדים קטינים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

מועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
בן /בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך: ..... שם: ..... ת"ז: .....  
מספר רישיון: ..... חתימה וחותמת: .....

**ה. שירותי בריאות לחיות מחמד של Marpet - הסכמה להעברת פרטי ההתקשרות**

כ	לא	יש לענות כן/לא בטור המתאים:
		<p>אני מבקש/ת לקבל ישירות מחברת מרפאט בע"מ ("מרפאט") הצעה לרכישת שירותי בריאות לחיות מחמד ולצורך כך מבקש/ת שהראל תעביר את פרטי ההתקשרות שלי (המפורטים בטופס זה ו/או שבידי הראל) למרפאט. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שלי נמסרים על ידי באופן ישיר למרפאט (אך באמצעות הראל).</p> <p><b>*שירותי בריאות לחיות מחמד של מרפאט אינם מוצרי ביטוח ואינם מפקחים על ידי רשות שוק ההון, והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט.</b></p> <p>תאריך: ..... שם: ..... חתימה: .....</p>

**ט. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:**

- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
  - במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:**  
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):
- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| פרימייה בפוליסה המוצעת            | נמוכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....  |
| היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת | רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....    |
| סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה המוצעת | גבוהים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: ..... |
| רמת השירות בחברה החדשה            | טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....   |
| פרוט נוסף                         | .....  |

**לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל**

תאריך: ..... שם הסוכן: ..... חתימת הסוכן: .....

# אמצעי לתשלום פרמיות ביטוח רפואי

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיס האשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי  
בתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

## א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובת הסניף: .....

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		בנק סניף	608	

- הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב: ..... ש.  
 מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25  
 לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם ישלחו 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 הרשאה 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 שההודעה על כך תימסר לידנו 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 שבנינו לבין המוטב.
  - ו. הרשאה של יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
  - ז. אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנינו 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 ותוספתיה/ן.

תאריך: ..... חתימת בעל החשבון: .....

## ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג:  לאומי ויזה  ויזה כאל  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס  אחר .....

תוקף הכרטיס	מס' הכרטיס
-------------	------------


- לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.
- סכומי הביטוח ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסה/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.
- ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.
- היה ופוליסה/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: ..... שם בעל הכרטיס: ..... ת"ז בעל הכרטיס: ..... חתימת בעל הכרטיס: .....



1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).
2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:  
חשוב לדעת, בקשה זו דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי


שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	ישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי?  הורה  ילד  אחר .....

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			



^dt2550

סוג מסמך: 2550