

למשלוח הטופס לאגף הבריאות בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

שם הסוכן: מספר הסוכן: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:
לתשומת לבך: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
 עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יוכל ותהיה 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 וחתירתו תחשב כהסכמת הקטין.

א פרטי המועמדים לביטוח			
מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____			
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"הראל", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il .)			
מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	
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
תאריך לידה			
עיסוק			
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
טלפון בבית			
טלפון נייד*			
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים			
כתובת מגורים*	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי
	רחוב	רחוב	רחוב
	מספר	מספר	מספר
	יישוב	יישוב	יישוב
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
תאריך לידה			
עיסוק			
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
טלפון בבית			
טלפון נייד*			
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים			
כתובת מגורים*	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי
	רחוב	רחוב	רחוב
	מספר	מספר	מספר
	יישוב	יישוב	יישוב

*חובה מגיל 18



^dt2355

סוג מסמך: 2355

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (יש לסמן ב- ✓)

שם התוכנית	מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש	סכום ביטוח ב ש
1 מענקית סרטן - (ביטוח למחלת הסרטן)								
2 מענקית זהב (ביטוח למחלות קשות)								
כתבי שרות								
3 אבחון רפואי מהיר								
4 רופא מלווה אישי								
5 רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית) השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט								
6 ביקור רופא בבית*								

מענקית זהב: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים.. גיל כניסה מקסימאלי: 64

סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 700,000 ש"ח, ילד: עד 600,000 ש"ח

מענקית סרטן: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים. גיל כניסה מקסימאלי: 64

סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 500,000 ש"ח, ילד: עד 250,000 ש"ח

*שירות ביקור רופא ניתן בכל יישוב בישראל למעט יהודה, שומרון, חבל עזה ויישובי בקעת הירדן והערבה. השירות ניתן גם במעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה. מנוי המתגורר ברמת הגולן יהיה זכאי לשירות בקצרון או בכל יישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו למוקד הרפואי באזור.

-לרכישת כסויי בסיס ונספחים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.

ג. הצהרת הבריאות: (קוד הצהרה - 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 [], [L] 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 ש"ח.

ברכישת מענקית סרטן - יש לענות על חלק א'

ברכישת מענקית זהב - יש לענות על חלקים א' + ב'

חלק א'	מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 מגיל 14 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) * <input type="checkbox"/> גידול טרום סרטני*								
ב <input type="checkbox"/> קרן [9] <input type="checkbox"/> קוליטיס [9] <input type="checkbox"/> שחמת כבד * <input type="checkbox"/> צהבת - הפטיטיס (B,C) *								
3 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 פוליציסטייות, סוכרת, מערכת העצבים: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, הנטינגטון [27]								
4 האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה). אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא*								

חלק ב'

5 מגיל 6 בלבד גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)								
6 מגיל 16 בלבד האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?								
7 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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				
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: <input type="checkbox"/> לחץ דם <input type="checkbox"/> כולסטרול <input type="checkbox"/> שומנים בדם <input type="checkbox"/> סוכרת סיבות אחרות:				
• לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> (יש לפרט את סוג המחלה) <input type="checkbox"/> עיניים וראייה <input type="checkbox"/> שמיעה <input type="checkbox"/> אחר:				
מבטוח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

א. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורי ו/או מטעמי, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

ב. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

ג. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. 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.

סעיפים חובה למענה

3. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת 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, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 3 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

4. (א) הסכמה על שימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה 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 והפיננסיים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתו 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.

תאריך: _____ שם המועמד לביטוח: _____ חתימה: _____

(ב) קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך 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 חיוג 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 או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

5. השוואה / ביטול

האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")?

הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת _____

במידה והתשובה החיובית מתייחסת לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי: _____

במידה והתשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם:

<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי: לדיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת
<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: לדיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונכם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס הצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת: _____

במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לולאם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.

***לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.**

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 להמשך 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 המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יותר ממועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

7. ויתור סודיות רפואית: אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם 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 משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרי/ים על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה 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 ילדי/נו הקטנים

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
עד לחתימה (סוכן הביטוח):				
תאריך:	שם:	ת"ז:	מס' רישיון:	חתימה:
				חותמת:

יש לענות כן/לא בטור המתאים:		שם	חתימה
ק	לא		
		<p>1. שירותי בריאות לחיות מחמד של Marpet* - הסכמה להעברת פרטי התקשרות</p> <p>אני מבקשת/לקבל ישירות מחברת מרפאט בע"מ ("מרפאט") הצעה לרכישת שירותי בריאות לחיות מחמד ולצורך כך מבקשת/להראל 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>*שירותי בריאות לחיות מחמד של מרפאט אינם מוצרי ביטוח ואינם מפקחים על ידי רשות שוק ההון, והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט.</p>	



ז. מידע למועמד לביטוח	
	<p>1. לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).</p> <p>2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. 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, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</p> <p>5. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בכתובת: www.harel-group.co.il</p> <p>6. במידה והנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריך מתאים/מעשן: כאשר תפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.</p> <p>7. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת www.mof.gov.il.</p> <p>8. דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטח במועד הצטרפות לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטח. גיל המבטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת, (לדוגמה: מבטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).</p>

ח. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח	
	<p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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.</p> <p>לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.</p> <p>באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il.</p> <p>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.</p>

ט. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

1. 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 לצרכי/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. במקרה בו המועמד/ים לביטוח מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:

להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)


פרמיה בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> נמוכה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר _____
היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> רחב יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר _____
סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר _____
רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר _____

סיבה אחרת/פרוט נוסף:

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

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

ד תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת. מספר פוליסה:

הצהרות בעל הפוליסה:	
<p>1. הפרמיה החודשית עבור הפוליסה תשלום מתוך החיסכון שייצבר בתכנית "מגוון השקעות אישי" (להלן: "פוליסת מגוון") על שמי. הפרמיות שישולמו מתוך פוליסת המגוון יהיו "משיכה" לכל דבר ועניין כהגדרתה בפוליסת המגוון ויחויבו במס רווחי הון בגין הרווחים הריאליים שייצברו עד מועד המשיכה.</p> <p>2. מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש</p>	<p>3. ידוע לי שהשלום מפוליסת המגוון שברשותי הינה בכפוף לכך: א. בפוליסת המגוון קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪ ב. לא מדובר בפוליסת מגוון ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית) ג. אין עיקול על שמי</p>
<p>תאריך: חתימת בעל הפוליסה: </p>	



א פרטי המשלם שאינו המבוטח ו/או בעל הפוליסה (במידה ומדובר במשלם מעסיק יש לצרף חתימת וחותמת המעסיק ולציין ח.פ.)

שם משפחה		שם פרטי		<input type="checkbox"/> מס' ת.ז.הות <input type="checkbox"/> דרכון	
תאריך לידה		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		מצב אישי <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א + ילדים	
רחוב		מס'	ישוב	מיקוד	
טלפון		נייד			
דואר אלקטרוני*		E-MAIL			

*ידוע לי כי ייתכן והמבטח יעשה שימוש בכתובת הדואר האלקטרוני אותה פירטתי לעיל לצורך משלוח דיווחים, בהתאם להוראות הדין, אשר עשויים לכלול "מידע רגיש" אודותיי והנני מאשר כי פתיחת הדואר האלקטרוני הכתובת המצוינת תהיה על ידי בלבד.

ב פרטי המבוטח / בעל הפוליסה

שם המבוטח	ת.ז. המבוטח
שם בעל הפוליסה	ת.ז. / ח.פ. בעל הפוליסה

ג מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח ו/או בעל הפוליסה

.....

ד שיטת התשלום

<input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות הוראת קבע על שמי. טופס הוראת קבע מצ"ב. <input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי על שמי. טופס הוראת בעל כרטיס האשראי מצ"ב. <input type="checkbox"/> סכום חד פעמי באמצעות המחאה. <input type="checkbox"/> העברה בנקאית. חובה לצרף אישור הבנק לביצוע העברה בנקאית.

ה שיטת התשלום

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 מכח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין. לראיה באתי על החתום:
שם המשלם ת.ז. / ח.פ. תאריך חתימת המשלם



dt.2550

קוד מסמך 2550