

הצעה לביטוח סיכון למקרה מוות להבטחת החזר משכנתה / הלוואה ("פוליסת משכנתה") - הצהרת בריאות מקוצרת וביטוח מבנה הדירה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם. השימוש בטופס זה מאושר על פי מועד גרסתו האחרונה בחברה.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים: 03-7348394 או למייל: mashkantao@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

- בטופס זה ניתן לרכוש כיסוי ביטוחי למשכנתא למועמדים לביטוח עד גיל 60.
- תקרת הסכום שניתן לרכוש על פי טופס זה, כולל סכומי ביטוח במידה וקיימים בהראל, הינו 2,000,000 ₪ בסה"כ.

שם ומספר סוכן ביטוח חיים: שם ומספר סוכן אלמנטרי:
שם מפקח: מס' הצעה:

תאריך תחילת ביטוח: / /

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצער מבין השניים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין	מצב אישי	מס' ילדים
				ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	
עיסוק				האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור חלות עליך? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> . ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:						
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:						
כתובת דואר אלקטרוני:						
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/>						
לתשומת לבך:						
(1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל.						
(2) בחירתך תעודק ותחול לגבי כל מוצרי ביטוח בריאות ו/או חיים הרשומים על שמך בחברת הראל.						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il

ב פרטי המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין	מצב אישי	מס' ילדים
				ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	
עיסוק				האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור חלות עליך? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> . ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:						
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:						
כתובת דואר אלקטרוני:						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il



ג פרטי מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (הבנק המלווה)

שם הבנק המלווה		מס' הסניף	
כתובת: רחוב	מס'	ישוב	מיקוד

ד פרטי המשכנתאות/הלוואות (להלן: "נתוני ההלוואה/ות")

סכום הביטוח נקבע בין השאר על סמך הצהרתך בדבר נתוני ההלוואה/ות. הצהרה זו הינה עניין מהותי לצורך חישוב סכום הביטוח שישולם בהתאם לתנאי הפוליסה. סוג הפרמיה (תשלום חודשי) הינו פרמיה משתנה.

4	3	2	1	הלוואה מספר
				מספר הלוואה
				יתרת הלוואה נוכחית
				ריבית שנתית*
				יתרת תקופה בשנים
				תאריך סיום ההלוואה
				סוג ההלוואה אנא סמן האם ההלוואה היא מסוג קרן עומדת במקום (לדוג: "בלון"/"גרייס מלא") או הלוואה מסוג החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים ("שפיצר")
<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום <input type="checkbox"/> שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום <input type="checkbox"/> שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום <input type="checkbox"/> שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום <input type="checkbox"/> שפיצר	

* שיעורי הריבית שישמשו לחישוב השתנות סכום הביטוח, הינם כדלקמן: במקרה בו תסומן ריבית שנתית קבועה - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס הריבית שתצוין, בכפוף לאמור להלן. במקרה בו לא תסומן ריבית שנתית שאינה קבועה ולא תסומן ריבית שנתית ללא ציון סוג הריבית (קבועה / לא קבועה) - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס ריבית שנתית של 3% צמודת מדד. במקרה בו תסומן ריבית פריים (P) ושיעור ריבית שנתית - תחושב השתנות סכום הביטוח באופן בו לסכום ריבית הפריים ושיעור הריבית השנתית יתווספו 2.5% על פי הנוסחה (P + שיעור ריבית שנתית + 2.5%) (במקרה בו תסומן ריבית פריים בלבד, יבוצע החישוב על בסיס ריבית שנתית 0) יובהר כי בכל מקרה חישוב השתנות סכום הביטוח, יתבסס על ריבית שאינה פחותה מריבית שנתית של 2% צמודת מדד. בכל מקרה בו שיעור הריבית בהתאם לאמור לעיל אינו באחוזים שלמים או בחצאי אחוזים, הריבית שתחושב תעוגל לחצי האחוז הקרוב ביותר. (לדוג' - ריבית 4.2% תעוגל לריבית 4%. ריבית 4.8% תעוגל לריבית 5%).

ה מוטבים נוספים למקרה מוות* - סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למלווה הרשום לעיל כמוטב בלתי חוזר. יתרת סכום הביטוח אם קיימת, תשולם למוטבים הבאים:

מוטבים למועמד שני		מוטבים למועמד ראשון		מוטב ראשון
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	
מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	תאריך לידה
% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	קרבה
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	תאריך לידה
% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	קרבה

*בהעדר מינוי מוטבים, יתרת סכום הביטוח תשולם בחלוקה שווה ליורשים החוקיים על פי דין או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

ו ביטול פוליסת ביטוח חיים למשכנתא

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		
כן	לא	כן	לא	
				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 חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.				
מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי: לידיעתך/כם, 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/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: לידיעתך/כם, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת. לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:		

הצהרת המועמדים על מצב בריאותם (קוד הצהרה - 40)

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן, אלא אם צוין אחרת בשאלה. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. לידיעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.

שם מועמד ראשון לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
שם מועמד שני לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים

מועמד ראשון לביטוח **מועמד שני לביטוח**

פרק א -	
<p>שאלון עישון: אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:</p> <p><input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות -</p> <p>כמות ליום במשך שנים</p> <p><input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים</p> <p>כמות של ליום, במשך שנים</p>	<p>שאלון עישון: אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:</p> <p><input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות -</p> <p>כמות ליום במשך שנים</p> <p><input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים</p> <p>כמות של ליום, במשך שנים</p>

*לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
כן לא	כן לא

2. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הינך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המצוינות מטה: (ככל שהתשובה על אחת מן השאלות חיובית, יש לסמן ✓ במשבצת הצמודה לשאלה)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. מחלות לב <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. מחלת סרטן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. מערכת עיכול <input type="checkbox"/> מחלות כבד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. מחלת כליות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. האם בעשר השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון וטרומ סכרת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. איידס או נשאות לאיידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. הפרעה או מחלה נפשית מאובחנת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. מחלות מערכת העצבים/המוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> דלקות מפרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י. ריאות ודרכי נשימה

פרק ב -

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. (א) סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ב) אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה בעשר השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, וטרם נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא, נא פרט מטה <input type="checkbox"/> כן

במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:

כל תשובה חיובית מצריכה מילוי שאלון מתאים ו/או העברת חומר רפואי בגין הבעיה המוצהרת.

את השאלונים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. כמו כן, לידיעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים.

ח יותר על סודיות

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
כן לא	כן לא
<p>אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות 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 לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתיידרש 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 משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר 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 עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.</p>	

02/2024 44039.11 ת"ד 3020



תיאור הרכוש

האם כתובת מבנה הדירה המוצע לביטוח שונה מכתובת המבטוח שצויינה בעמוד 1? לא כן
 אם כן, ציין את כתובת הרכוש המוצע לביטוח.....

סוג מבנה הדירה - שים לב! פוליסה זו מכסה מבנה דירה אחת בלבד

ציין אחת מהאפשרויות שלהלן:

דירה בבניין דירות הבנוי מסיבי, כגון: בלוקים בית פרטי בנוי מסיבי (בלוקים ובטון) כולל גם מבנים בנויים מסיבי בית עץ (לא יבוטח בתכנית זו).
 ובטון/יציקות בטון;
 עם גג רעפים על מסגרת עץ;

האם קיימת בריכת שחיה לא כן בנייה מתקדמת (נא לפרט את חומרי הבנייה העיקריים):.....

האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מהווה דירה אחת? לא כן, אם לא נא ציין מספר יחידות הדיור במבנה.....

שטח הדירה:..... מ"ר (ברוטו). האם קיימים	הדירה בקומה:.....	סכום ביטוח למבנה הדירה:
תוספות ושינויים מיוחדים, נא פרט:.....	בבניין בן..... קומות	(ערך כחדש).....
מספר האנשים המתגוררים בדירה דרך קבע:.....	גיל המבנה:.....	
	מספר חדרים:.....	

כיסוי נזקי דליפת מים ונוזלים אחרים (נזקי צנרת)

1. האם ידוע לך במועד עריכת ביטוח זה על דליפת מים מצנרת דירתך? לא כן
2. האם צנרת המים בדירתך במצב תקין? לא כן
3. בחירת אפשרות השיפוי במקרה נזק (הינך רשאי לבחור מראש את האפשרות הרצויה לך מבין האפשרויות המפורטות להלן, והאפשרות שנבחרה תצוין במפרט הפוליסה).
 אני מבקש לקבל שיפוי במקרה של נזק למבנה לפי האפשרות שלהלן:

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע שייבחר על-ידי המבטוח
 על-פי אפשרות זו המבטוח רשאי, במקרה נזק מים למבנה הדירה, לבחור את בעל המקצוע שיתקן את הנזק, לשלם את עלות התיקון, ולקבל שיפוי כספי מהמבטוח, בניכוי סכום ההשתתפות העצמית המוסכם לאפשרות זו, ובניכוי עלות "החזרת סכומי הביטוח לקדמותם" לפי תנאי החזרת סכומי הביטוח לקדמותם בפרק ג' - תנאים כלליים שבפוליסה. תגמולי הביטוח ישולמו למבטוח בכפוף להערכת שמאי מטעם המבטוח, שתעשה לפני ביצוע התיקון, ותהווה תנאי מוקדם לתשלום תגמולי הביטוח.

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטוח
 אם בחר המבטוח באפשרות זאת יבוצע התיקון על-ידי בעל מקצוע או חברת תיקונים (להלן: "בעל מקצוע") שיבחר על ידי המבטוח מתוך רשימה עדכנית שתוצג למבטוח, בקרות מקרה ביטוח מכוסה (בין היתר באתר האינטרנט של הראל). התיקון יבוצע על חשבון החברה (המבטוח) תשלום דמי ההשתתפות העצמית הנ"ל יבוצע על-ידי המבטוח ישירות לידי בעל המקצוע.

הפוליסה מוגבלת כך שאם בחרת באפשרות תיקון על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטוח, זכות בחירתך בשרברב או בבעל מקצוע אחר לצורך תיקון נזקי מים הוגבלה, והתיקון יבוצע על-ידי חברת שרברבים או בעל מקצוע אחר שפרטיו יימסרו לי על-ידי חברת הביטוח.

תאריך:..... חתימת המועמד לביטוח: 

פרק א' 1 - ביטוח סכום נוסף בבית המשותף (לגבי סיכון רעידת אדמה)

האם ברצונך לרכוש ביטוח סכום נוסף?

לא כן. לידיעתך, הסכום הנוסף יהיה זהה לסכום הביטוח של המבנה.

ביטוח בחברות אחרות	דירה ריקה ממתגורר
האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מוצע גם בחברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם מבנה הדירה המוצע לביטוח יהיה ריק ממתגוררים (דירה בלתי תפוסה) לתקופה העולה על 60 יום רצופים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרט שם החברה וסכומי הביטוח:.....	אם כן, ציין את התקופה בה תהיה הדירה ריקה ממתגורר:.....
	האם הינך מעוניין (בתוספת פרמיה) בכיסוי בעת שהדירה תהיה ריקה ממגורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	לידיעת המציע:.....
	עבור כיסוי מלא של הפוליסה כאשר הדירה אינה תפוסה, תחול פרמיה נוספת כמצוין בתעריף.

עבר ביטוחי

האם במשך 3 השנים האחרונות חברת ביטוח כלשהי:

1. דחתה את הצעתך לבטח סיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן, פרט.....
2. ביטלה פוליסה שהוצאה עבורך בגין הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט.....
3. סירבה לחדש פוליסה שביטחה את הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט.....

האם במשך 3 השנים האחרונות:

4. נגרם נזק לרכוש הנ"ל כתוצאה מסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן
5. הוגשה נגדך תביעה בנוגע לסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

אם אחת מהתשובות לשאלות 4 או 5 היא "כן", פרט מתי, בגין מה, ומי היה המבטוח.....

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן
(א) האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח קיימת פוליסה לביטוח מבנה דירה- משכנתא בטוחה לנכס המבוטח (להלן - "פוליסה קיימת")?			
(ב) האם המועמדים לביטוח בעלי הפוליסה מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת שברשותם/ו?			
(ג) במידה וכן:			
<ul style="list-style-type: none"> הפוליסה בחברה אחרת - האם ברצון המועמדים כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונם לבטל: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> על ידו/ם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום) <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס "בקשה לביטול פוליסה" או נספח ג'- "הצעה לביטול") שם חברת הביטוח המבטחת: הפוליסה הקיימת מתנהלת בהראל - יש לצרף טופס מתאים ("בקשה לביטול פוליסה" או נספח ג'- "הצעה לביטול" בהראל חתום על ידי המועמדים לביטוח בעלי הפוליסה. 			
(ד) אם צוין כי המועמדים אינם מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת יובהר למועמד כי:			
לידיעתך/כם, הכיסוי אליו הנך/כם כמועמדים לביטוח מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/כם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.			
הנני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הכיסוי הנוסף.			

הסכמה לשימוש במידע - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן
אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 לידיעת 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.			
קבלת דבר פרסומת			
הריני 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 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.hrel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.			

אישור למסירת 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; ואם משתנה - הוצגה טבלת פירוט ההשתנות של הפרמיה בכל הגילאים; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום ומועדי הגבייה; 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? כן לא

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il.

תאריך: שם המועמד הראשון לביטוח: חתימת המועמד הראשון לביטוח: /

תאריך: שם המועמד השני לביטוח: חתימת המועמד השני לביטוח: /

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 לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך 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.

שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

1. לתשומת ליבך/כם, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרות הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/כם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.
3. ההתקשרות בינך/כם לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמדים לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
4. 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. ככל שסכום ההלוואה נתקבל במועד העולה על 90 ימים מיום חתימתך/כם על טופס זה, יהיה עליך/כם למלא טופס הצעה חדש לצורך רכישת הכיסוי הביטוחי.
6. סכומי הביטוח בפוליסה זו מבוססים על סכומי ההלוואות שדווחו על ידך/כם. כמו כן, סכום ההלוואה מהווה עניין מהותי לעניין חבות החברה המבטחת ועליך/כם להודיע על כל שינוי בו ללא דיחוי.
7. במקרה של פרעון מוקדם מלא או חלקי של ההלוואה המבטחת, עליך/כם להודיע על כך מיידית לחברת הביטוח לשם הקטנת סכום הביטוח והפרמיה בהתאם.
8. סכום ההלוואה המבטחת מתייחס לכל הלוואה בנפרד והינו סכום משתנה (למעט בתוכנית ביטוח חיים להלוואה בה מוחזרת הקרן בסוף התקופה והריבית מוחזרת באופן שוטף) שיקבע בהתאם ליתרת ההלוואה המבטחת ובהתאם לתנאי הפוליסה.
9. יובהר, כי יתכן שיווצר פער בין יתרת ההלוואה לבין סכום הביטוח באופן בו סכום הביטוח בפוליסה יהיה גבוה מיתרת ההלוואה לתשלום. במקרה בו סכום הביטוח יהא גבוה מיתרת ההלוואה, עומדת לרשותך האפשרות להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הדין ופוליסת הביטוח לרבות קבלת אישור הבנק המלווה, ובאמצעות פניה מתאימה בכתב אל חברת הביטוח.
10. לדיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
11. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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 על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

טו הצהרות המועמדים לביטוח - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

1. אני/אנו המועמדים לביטוח מבקשים/ים בזה מהמבטח לבטח את חיי/ינו וגם או את מבנה הדירה, לפי הרשום בהצעה ובתנאי הפוליסה.
 2. אני/אנו מצהירים ומתחייבים בזאת כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני/נו החופשי.
 3. א. אני/ו מאשר/ים לסוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורינו, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 - ב. אני/ו מסכים/ים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 - ג. במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).
- תאריך: חתימת מועמד ראשון לביטוח: /
- תאריך: חתימת מועמד שני לביטוח: /

טז הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהותי הנדרש.
 2. השוואה וביטול של פוליסה מקורית:
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 מוצעת | <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 |
- פרוט נוסף:
- לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמדים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.
- תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /

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

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור.
ניתן לשלוח לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לשלוח בפקס לביטוח בריאות: 03-7348178 או למייל polisotbs@harel-ins.co.il.

א אבקש לבצע עדכון אמצעי תשלום

שם המבוטח בהראל: _____ ת.ז.: _____
 לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____
 לעדכון הלוואה מס': _____

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".

ב תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה
 לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____
 מס' חשבון בנק _____ סוג חשבון _____

קוד מסלוקה	קוד המוסד		
	בנק	סניף	מס' חשבון בנק
	6	0	8

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד) _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש"ח _____

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' ת.ז.הות / 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 ההרשאה 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 ע"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.

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 שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציא 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: _____

ב2 מועד התשלום בהוראת קבע

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה-
 5 לחודש 14 לחודש 25 לחודש
 שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.

ג תשלום בכרטיס אשראי

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינירס אחר: _____
 מס' כרטיס האשראי _____ תוקף הכרטיס _____ שם בעל כרטיס האשראי _____
 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 ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח, יש להפנות לטופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר החברה www.harel-group.co.il.



dt3200

עמוד 7 מתוך 8

קוד מסמך 3200 - ביטוח חיים

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור

פרטי המבוטח			
שם המבוטח	ת.ז.	טלפון	
מכתובת:			
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
מס' פוליסה	מס' תשלומים	מס' פוליסה	מס' תשלומים

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

פרטי הוראה			
לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____			
מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד
		בנק	5 0 7
		סניף	
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> או <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____			
לתשומת לבך, <ul style="list-style-type: none"> 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' ת.ז.הות / ח.פ. _____ (הלקוחות)			
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 ההרשאה 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 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. 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 שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו 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.			
תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____			

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: _____

בטופס זה - מקור אשר ישלח לסניף הבנק + 3 העתקים (חברת הביטוח, סוכן, מבוטח).



dt3200

עמוד 8 מתוך 8

קוד מסמך 3200