

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הצטרפות  הצטרפות והעברה

שם סוכן: ..... מס' סוכן: ..... מס' הצעה: ..... שם מפקח: ..... תאריך תחילת הביטוח: .....

אני, החתום מטה, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים המנוהלים על-ידי גופים מוסדיים מקבוצת הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ("הראל"), פונה בזה אל הראל בבקשה להצטרף למוצרים פנסיוניים בהתאם למפורט להלן:

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

**א פרטי המעסיק**

שם		מס' ח"פ/זהות	
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד
איש קשר		מס' פקס	
מס' טלפון	דוא"ל	E-Mail	

**ב פרטי המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים**

(יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן			האם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות: .....				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....				
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד	טלפון
טלפון נייד				
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				
כתובת דואר אלקטרוני: .....				
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים דיגיטליים הקיימים ברשות הראל במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/>				
לתשומת לבך:				
(1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל.				
(2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת.				
לעדכן פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				

**ג פרטי הפוליסה והתשלום לביטוח שכירים**

תקופת הביטוח:	הפרמיות ישולמו לפי שכרו של העובד באופן שוטף בהמחאה או העברה בנקאית.
עד לגיל תום .....	
(ניתן 67-60)	
(ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	



03dt3010

<input type="checkbox"/> מור לשכירים דמי ניהול מהפקדה: 3% דמי ניהול מחיסכון מצטבר: 0.5% לשנה כל עוד הפוליסה בתוקף ומועברות בגינה הפקדות שוטפות ורציפות (במקרה של הפסקת תשלומי הפרמיה, דמי הניהול מהחסכון יעלו לשיעור של 1.05% לשנה)	
<input type="checkbox"/> מור פרימיום דמי ניהול מהפקדה: 0 דמי ניהול מחיסכון מצטבר:	
צבירה בש"ח	דמי ניהול מצבירה
עד 199,999	0.8%
200,000-299,000	0.7%
300,000-399,999	0.6%
400,000-499,999	0.5%
500,000-599,999	0.4%
+ 600,000	0.3%

בנוסף על דמי הניהול, רשאית חברת הביטוח לגבות מהנכסים המנוהלים בפוליסה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

ה אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה

שכר מבוטח לפוליסה	פיצויים	תגמולי מעביד	תגמולי עובד
ש"ח.....%	.....%	.....%	.....%
<b>אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)<sup>1</sup></b>			
שכר מבוטח לאובדן כושר עבודה (רק במידה ושונה מהשכר הפנסיוני שצויין בשורה הקודמת ולרכישה על חשבון מעסיק מוחץ להפרשות) ש"ח.....			
יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:			
<input type="checkbox"/> רכישה מוחץ להפרשות לתגמולים תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב. (מצ"ב מסמך הפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)			
<input type="checkbox"/> רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים שיעור הפיצוי יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3(6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013. בהתאם לתנאי הפוליסה, קביעת שיעור הפיצוי תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה כנקוב בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2%, ריבית היוון שנתי בגובה של 2.91%. ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למבוטח.			
אחוז הפיצוי מהשכר: ..... (עד 75% מהשכר)			

א. בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי החודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.  
 ב. הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים. לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תעריפית של 2.5%.

י סוג הפוליסה המבוקשת לאובדן כושר עבודה (סמן ב-✓)

הכיסוי הינו לגיל תום: ..... (ניתן 67-60). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.
<input type="checkbox"/> הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה) פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח
נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש: <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים) <sup>2</sup> או <input type="checkbox"/> תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצי'זה) <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25% <input type="checkbox"/> נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> 1% בשנה או <input type="checkbox"/> 2% בשנה <input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

<sup>2</sup>בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.  
<sup>3</sup>מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.  
<sup>4</sup>לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את התכנית והנספחים הנותרים, אם קיימים.

**ז מסלולי השקעה (ניתן לבחור עד 5 מסלולים סה"כ)**

שם המסלול	תגמולים	פיצויים	שם המסלול	תגמולים	פיצויים
<input type="checkbox"/> מודל השקעות תלוי גיל <sup>6</sup> (ברירת המחדל)	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח קונצרני	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח ללא מניות	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח חו"ל	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח - עד 10% במניות	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול מניות	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח - עד 20% במניות	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול חו"ל	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול שקלי טווח קצר	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול משולב סחיר	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול מחקה מדד S&P 500	% .....	% .....	<input type="checkbox"/> הראל מסלול עוקב מדדים - גמיש	% .....	% .....
<input type="checkbox"/> הראל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	% .....	% .....	<b>סה"כ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לרכיב הפיצויים (מסלול שאינו ברירת מחדל)

חשוב לבדוק: אם הבחירה שלך לגבי מרכיב פיצויים היא במסלול השקעה שאינו מסלול "ברירת המחדל" ובהסכם ההעסקה שלך לא חל עליך "סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין", אז יש לבקש מהמעסיק לחתום בסעיף "אישור המעסיק" בטופס זה.

תאריך: ..... חתימת המעסיק:  .....

לאחר סיום תהליך ההצטרפות יהיה באפשרותך לצפות בשיעור העלות השנתית הצפויה (המורכבת מדמי הניהול שלך והוצאות ניהול השקעות) ביחס לכל מסלולי ההשקעה בפוליסה, באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

**6 מודל השקעות תלוי גיל**

- א. כספי מבוטח ב-"מודל השקעות תלוי גיל" ישוייכו אוטומטית לאחד מ-3 המסלולים הבאים:
- הראל מסלול לבני 50 ומטה
  - הראל מסלול לבני 50 עד 60
  - הראל מסלול לבני 60 ומעלה
- ב. מי שאינו מתאים עוד לגילו לפי המודל, ישוּיך למסלול ברירת המחדל המתאים לגילו, וזאת מבלי לגרוע מזכותו של מבוטח שטרם החל לקבל קצבה מהפוליסה, להודיע על רצונו לעבור לכל מסלול השקעה אחר בפוליסה, והכל בהתאם להוראות המפורטות בד"ן.
- ג. המעבר בין קבוצות הגילאים יהיה ב-7 לחודש העוקב ליום ההולדת של המבוטח. אם ה-7 לחודש אינו חל ביום עסקים, מועד ההעברה יבוצע ביום העסקים העוקב ל-7 לחודש.

**ח שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (במידה ולא תבחר אף אחת מן האפשרויות לעניין זה, ברירת המחדל תהיה "לא")**

הסכם לפי סעיף 14	<input type="checkbox"/> כן	קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו הרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין מתוקף הצו.
זכאות בלא תנאי	<input type="checkbox"/> כן	ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים יהיה שווה לצבירת הפיצויים. חרף האמור לעיל ואם קיימת למבוטח זכאות בלא תנאי, יהיה ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים, אם שולמו למבוטח, לפי הגבוה מבין אלה: <ol style="list-style-type: none"> <li>צבירת הפיצויים.</li> <li>סך-כל התשלומים ששולמו למרכיב הפיצויים, כשהם צמודים למדד אך לא יותר מסך החיסכון הצבור בפוליסה; תשלום ההשלמה להפרשי הצמדה כאמור, ינוכה ממרכיב התגמולים של העובד והמעביד לפי תקנות מס הכנסה.</li> </ol> <b>בסעיף משנה זה -</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>"זכאות בלא תנאי" - זכאותו של המבוטח לערך הפדיון, למעט על-פי סייג לזכאות, שאינה ניתנת לשינוי או לביטול, אם ניתנה ביום התשלום הראשון של המעביד לפוליסה, גם אם נקבע במועד האמור כי הזכאות תתגבש רק בתום לא יותר משלוש שנות עבודה אצל אותו המעביד.</li> <li>"סייג לזכאות" - התניה בפוליסה ובהסכם העבודה שלפיה העובד לא יהיה זכאי לקבל את ערך הפדיון, אם התקיימו בו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים, לפי סעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין.</li> <li>"צבירת הפיצויים" - סך-כל ההפקדות ששולמו למרכיב הפיצויים, בתוספת הרווחים כפי שיוחסו למרכיב זה על-פי הוראות תקנות מס הכנסה והכול בניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת ומהחיסכון המצטבר שיוחסו למרכיב זה.</li> </ol>

תאריך: ..... במידה וצוין כן, חתימת המועמד לביטוח:  ..... במידה וצוין כן, חתימת המעסיק:  .....

**ט מינוי המוטבים במות המבוטח<sup>7</sup>**

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
<sup>7</sup> בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על-פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה. יובהר כי כספי הפיצויים אינם מהווים חלק מהעזבונו.					סה"כ

**הצהרת בריאות (קוד הצהרה 10) (סכומי הביטוח לעניין החלטת החיתום כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)**

**הנחיות כלליות:** יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הינך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המצוינות מטה 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. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, תרופות קבועות, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות/דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	קופת חולים
שם רופא מטפל		משקל בק"ג		גובה בס"מ	

האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות?  עליה  ירידה של ..... ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה:  דיאטה  אחר, פרט .....

שאלון עישון:  
**אנא סמן את המשפט הנכון עבורך**  
 מעולם לא עישנתי  הני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום: ..... במשך ..... שנים.  
 עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני ..... שנים, כמות של ..... ליום, משך ..... שנים.  
 \*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.

**פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח**

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא להתייעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה			שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) ליתר - פירוט ומסמכים רפואיים
2.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב			שאלון לב, שאלון כלי דם
3.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון נפש
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליציטמיה			שאלון מחלות דם
5.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך <b>עשר השנים האחרונות:</b> <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית			שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> בלב			שאלון בלוטת המגן. לבלוטת יתרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
7.	<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)			דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+ דוח מעקב אחרון
8.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעינים <input type="checkbox"/> כיס המרה ודרכי מרה <input type="checkbox"/> הטחול <input type="checkbox"/> פי הטבעת <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> שחמת כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה <input type="checkbox"/> הפרעות בתפקוד כבד <input type="checkbox"/> כבד שומני			שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
9.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> מום כלייתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן			שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
10.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
11.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה / כאב כרוני <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
12.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, אם כן - האם יש פגיעה במפרקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)			שאלון מחלות עור
13.	מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס			מסמכים רפואיים
14.	לנשים: א. <input type="checkbox"/> בעיות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות שדיים ב. <input type="checkbox"/> טיפולי פוריות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות ג. האם את בהריון כעת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, באיזה שבוע ..... האם ההריון ספונטני: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, האם ההריון תקין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			שאלון נשים
15.	לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: <input type="checkbox"/> אשכים <input type="checkbox"/> ערמונית			ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאת PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום)

**פרק א'2 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות**

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	<input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)			שאלון עיניים
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיית שמיעה			שאלון אף/אוזן/גרון
3.	היעדרות מעבודה: האם נעדרת מעבודה עקב מחלה או תאונה או היית בחופשת מחלה יותר מעשרה ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות? אם כן, אנא פרט - מתי ומאיזו סיבה?			שאלון מתאים בהתאם לבעיה בגינה נעדרת מהעבודה
4.	<input type="checkbox"/> בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות <input type="checkbox"/> כאבי גב <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> בלט דיסק <input type="checkbox"/> פריצת דיסק <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים ברצועות <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> אוסטיאומיאליטיס כרוני			שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות, שאלון ברכיים
5.	<input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)			שאלון אוסטיאופורוזיס

טוידוהוראל 44039.15 03/2024



**הצהרת בריאות - המשך (קוד הצהרה 10) (סכומי הביטוח לעניין החלטת החיתום כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)**

פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון אלכוהול
2.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?			שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)
3.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.			שאלון מחלות במשפחה
4.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			שאלון תאונות/נכות
5.	האם בבדיקות דם שביצעת <b>בחמש השנים האחרונות</b> נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?			פירוט ומסמכים רפואיים
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה <b>בעשר השנים האחרונות</b> ?			שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח <b>בעשר השנים האחרונות</b> ?			פרוט וסיכומי הניתוחים
8.	תרופות: האם את/ה נוטלת/תורפות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע <b>בעשר השנים האחרונות</b> ?			פרוט ומסמכים רפואיים
9.	האם <b>טרם סיימת</b> הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, <b>וטרם נקבעה אבחנה סופית</b> ? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). <b>אם כן</b> - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> נא פרט מטה. <input type="checkbox"/> כן			אם הבעיה בגינה הוצהר בשאלה זו בחיוב, לא דווחה בשאלה אחרת בהצהרה - יש לפרט - איזו בדיקה בוצעה, מתי, מה הייתה התוצאה, טיפול ומצב כיום (יתכן ותדרש בהעברת מסמכים בהתאם לפירוט)

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)

.....

.....


.....

.....


.....

**הצהרת ויתור על סודיות רפואית**

אני/נו החתומים מטה נותנים 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 לברור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש** למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסייה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותינו על כל מחלה שחליתנו 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 עצבנו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך: ..... שם המועמד לביטוח: ..... מספר תעודת זהות: ..... חתימת המועמד: 

עד לחתימה: תאריך: ..... שם פרטי ומשפחה: .....

חתימת עד לחתימה/סוכן הביטוח(כולל מס' רישיון): : .....

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 בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי 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
<b>קבלת דבר פרסומת</b>		
<p>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/WhatsApp).</p> <p>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 <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> 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.</p>		

יג מידע למועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

- לתשומת ליבך, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.
- ההתקשרות עם 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 המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
- בהמשך להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל הודעות הבקשות והצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להן, בכתב ובמשרדה הראשי של החברה, בכתובתה ברחוב אבא הלל 3 ברמת-גן (או בכתובת אחרת כפי שתפורסם באתר האינטרנט של החברה [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)) ולא במשרדו של סוכן הביטוח הרלוונטי: הצעות לביטוח, שיוני הרכב ההשקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שיוני מוטבים, בקשות לתשלום ערך הפדיון בתום תקופת הביטוח
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצר פנסיוני. המידע ישמש לצורך הטיפול במוצר, בעניינים הקשורים בו 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 עבורן ו/או מטעמן, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.
- לידיעתך, 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.
- 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.

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	---------------------

יד הצהרות המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

- אני ה"מ, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים, מבקש מהראל להצטרף לאחת התכניות ולקבלני כמבוטח כמפורט בהצעה זו.
- אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הכלולה הן נכונות ומלאות.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------------------

טו הצהרת הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי, את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על-פי תעודת הזהות שלו.
- אני מצהיר בזאת ומאשר כי בקשת ההצטרפות עומדת בהוראות הדין ובכלל זה, בהוראות תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), תשכ"ד-1964 ("תקנות מס הכנסה") ובהוראות תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), תשס"ח-2008 ("תקנות הניוד"), הקובעות כי הפקדת סכומים לפוליסה זו הן רק בשל חלק מן ההפקדה העולה על התקרה הקבועה בתקנות מס הכנסה, וכי ניתן להעביר רק את הסכומים העולים על היתרה הצבורה הקבועה בתקנות הניוד.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

# הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.  
(☐ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד

..... (שם הגוף המוסדי) ..... (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי: |

כתובת:

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מס' סוכן בהראל:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): ☐ (1) יועץ פנסיוני ☐ (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>1</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

## הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

- במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- במשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

## 1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

<input type="checkbox"/> שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
<input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

## 2. תקופו של ייפוי כוח

<input type="checkbox"/> שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
<input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום .....

ולראיה באתי על החתום:

..... תאריך החתימה  
..... תחמת הלקוח

..... תאריך החתימה  
..... שם סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני  
..... חתימת סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

<sup>1</sup> "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.

<sup>2</sup> "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

<sup>3</sup> "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנגרש.

<sup>4</sup> "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)2 לחוק הייעוץ הפנסיוני.

<sup>5</sup> "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



dt3437