

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

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

חתימת הסוכן

מס' הסוכן

שם הסוכן/סוכנות

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

מספר פוליסה/ות:

## א פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)
המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.		

## ב פרטי המעסיק

שם המעסיק	ח.פ. / ע.מ.

## ג אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה

מספר פוליסה	חודש שכר	שכר מבוטח לפוליסה	פיצויים	תגמולי מעביד	תגמולי עובד
			ש"ח %	%	%
			ש"ח %	%	%
			ש"ח %	%	%



dt3425

**אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)<sup>1</sup>**

יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

ביטול בפוליסה מספר ..... הוספה בפוליסה מספר .....

רכישה מחוץ להפרשות לתגמולים

תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי 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 המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)

רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים

שיעור הפיצוי החודשי יוכל להשתנות לאורך תקופת הביטוח. לתשומת ליבך!

ניתן לרכוש ביטוח למקרה מוות וכיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפרשות במגבלת 35% מסך ההפרשות לתגמולים לפוליסה, אחרי ניכוי דמי ניהול מפרמיה (המגבלה תחול לאורך כל תקופת הביטוח). (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)

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

הכיסוי הינו לגיל תום: ..... (ניתן 67-60). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.

**הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה)**

פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח (ניתן לרכוש רק עבור כיסוי אובדן כושר עבודה ששווק החל מ-08.2017)

**נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:**

הגדרת עיסוק ספציפי<sup>2</sup>

קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)<sup>2</sup> **או**  תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה)<sup>3</sup>

ביטול מלא של קיצוז תגמולי ביטוח לאומי

הגדלת גג חתם ל-25%

נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה:  1% בשנה או  2% בשנה

תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

<sup>1</sup>א. בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע 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 תחשיבית של 2.5%.

<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.

**ה שינויים בכיסוי למקרה מוות**

הקטנת כיסוי בפוליסה מספר .....  ביטול כיסוי בפוליסה מספר .....

**סכום ביטוח צמוד למדד בסך** .....

**י שאלות כלליות**

שאלה	מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
	כן	לא	כן	לא
1. האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? <b>אם כן:</b> מועמד ראשון - כמה ימים בשנה? ..... באילו מדינות? מועמד שני - כמה ימים בשנה? ..... באילו מדינות?				
2. האם הנך בעל/ת רישיון טיס / איש/אשת צוות אויר / בכוונתך לטוס שלא בקו אווירי אזרחי? <b>[אם כן - יש לצרף שאלון טיס]</b>				
3. האם יש לך תחביב מסוכן או הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית? <b>[אם כן - יש לצרף שאלון תחביבים]</b>				

לתשומת ליבך, הצהרת הבריאות שלהלן תקפה למבטחים עד גיל 60 ובמקרים הבאים (בכל מקרה אחר, יש למלא הצהרת בריאות מלאה):  
**כיסוי אובדן כושר עבודה - שיעור ההגדלה אינו עולה על 20% או סכום הפיצוי החודשי יעמוד על מקסימום של 20,000 ₪ בכל הפוליסות לכיסוי אובדן כושר עבודה המנוהלות בהראל - הנמוך מבניהם.**  
**כיסוי ריסק - סכום הביטוח יעמוד על מקסימום סכום של 1.5 מיליון ש"ח בכל פוליסות הריסק המנוהלות בהראל ככל שסכומי הביטוח גבוהים מהמצוין לעיל, יש להעביר הצהרת בריאות מלאה המופיעה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il.**  
 כל תשובה חיובית מצריכה מילוי שאלון מתאים. את השאלונים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. כמו כן, לידיעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים.

שם מועמד לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
-----------------	------	------	----------	------------

פרק א' -

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

מועמד לביטוח	קן	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)

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

3. לרוכשים כיסויים נוספים (שאינם כיסוי ריסק למקרה מוות) יש לענות בנוסף על השאלה הבאה:  
 האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה

פרק ב' -

4. (א) סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?  
 (ב) אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?

5. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה בעשר השנים האחרונות?

6. האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?

7. 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?  לא,  נא פרט מטה  כן

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

.....

.....

07/2023 40050.34 תיאור והראל



מועמד לביטוח	
כן	לא
<p>אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות 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, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), 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>בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור 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> באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</p>	

**ט מידע למבוטח**

- קבלה או דחיה של ההצעה כמוצרים/פנסיוני/ים בהראל מסורים לשיקול דעת החברה, מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בד"ן.
- 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 להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח בכתב יד וכן תנאים המקובלים אצל המבטח בעניין זה. ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

**י הצהרת המבוטח**

- אני מבקש לעדכן את פוליסת ביטוח החיים שלי לשכירים כאמור בטופס זה.
- אני/נו החתומים/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 קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (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 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 עצבוננו ו/או כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.
- כל התשובות כמפורט בטופס זה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.

.....  
חתימת המבוטח

.....  
תאריך

**יא אישור מעסיק (נדרש כאשר התשלום הינו באמצעות הוראת קבע בלבד)**

- .....  
חתימה וחותמת המעסיק
- .....  
שם המעסיק
- .....  
תאריך