

הצעה לביטוח חיים פרט

סיכונים 17 שאלות (הצהרת בריאות)

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: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל" 1-700-70-28-70.

בטופס זה, תקרות סכומי הביטוח הניתנות לרכישה כולל סכומי ביטוח אם קיימים בהראל הינם:

א. מגן 1, ומגן 5 ומגן בטוח - עד 1,500,000 ₪ בסה"כ	ו. הראל חוסן למחר/הראל חוסן למחר פלוס/חוסן בטוח - בהגדרה מקצועית עד - 400,000 ₪
ב. מוות מתאונה עד - 1,500,000 ₪	ז. הראל חוסן למחר/הראל חוסן למחר פלוס/חוסן בטוח - בהגדרה לכל עיסוק עד - 600,000 ₪
ג. נכות מתאונה עד - 1,500,000 ₪	ח. אובדן כושר עבודה עד - 7,500 ₪
ד. מענקית טרור לכיסוי נכות מתאונה עד - 300,000 ₪	ט. הכנסה למשפחה - עד 15,000 ₪
ה. הראל חוסן למחר/הראל חוסן למחר פלוס/חוסן בטוח - בהגדרה עיסוקית עד - 200,000 ₪	

מס' הצעה/פוליסה למועמד לביטוח:

שם סוכן: מס' סוכן: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:
שם לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

א פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים
עיסוק	האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (מלא שאלון טיס)	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד			
טלפון	טלפון נייד					
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדואר האלקטרוני שלי בכתובת -@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ככל שהתשובה חיובית, אנא ציין את התחביב/הפעילות מהרשימה שלהלן ומלא שאלון מתאים						
<input type="checkbox"/> צליה, <input type="checkbox"/> דאיה, <input type="checkbox"/> גלישה, צניחה, <input type="checkbox"/> סנפלינג, <input type="checkbox"/> טיפוס, <input type="checkbox"/> בנג'י, <input type="checkbox"/> טייס, <input type="checkbox"/> אולטראלייט, <input type="checkbox"/> טרקטורון מעופף, <input type="checkbox"/> מצנחי רחיפה, <input type="checkbox"/> אומנויות לחימה, <input type="checkbox"/> ספורט מוטורי, <input type="checkbox"/> אופני שטח/הרים/כביש, <input type="checkbox"/> טריאתלון, <input type="checkbox"/> איש ברזל, <input type="checkbox"/> סקי מים <input type="checkbox"/> אפונוע ים						

ב סוג הפוליסה המבוקשת לסיכונים (סמן ב-✓) כל הסכומים הינם מצטברים (כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)

שם התכנית	סכום הביטוח למועמד לביטוח	גיל תום הביטוח
<input type="checkbox"/> הראל מגן 1 ¹ (פרמיה משתנה כל שנה)	₪	לתוכנית בסיס - 85, לכיסוי נוסף - 75
<input type="checkbox"/> הראל מגן 5 (פרמיה משתנה כל 5 שנים)	₪	75
<input type="checkbox"/> מגן בטוח (פרמיה קבועה)	₪	75
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה (פרמיה קבועה)	₪	65
<input type="checkbox"/> מענקית זהב - תוכנית בסיס ² (פרמיה משתנה כל 5 שנים)	₪	75
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה (פרמיה קבועה)	₪	65
<input type="checkbox"/> ביטול החרגת טרור לכיסוי נכות מתאונה (פרמיה קבועה)	₪	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר - <input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק <input type="checkbox"/> פרמיה משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> פרמיה קבועה <input type="checkbox"/> פרמיה קבועה	₪	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר פלוס - <input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק <input type="checkbox"/> פרמיה משתנה כל שנה <input type="checkbox"/> פרמיה קבועה <input type="checkbox"/> פרמיה קבועה	₪	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן בטוח (פרמיה קבועה) <input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק	₪	65

¹ברכישת מגן 1 כתוכנית נוספת, תקופת הביטוח המקסימלית הינה עד גיל 75. במגן 1, כתוכנית בסיס, תקופת הביטוח עד גיל 85, החל מגיל 76 יקטן הכיסוי הביטוחי ב-25% ובגיל 80 סכום הביטוח יקטן ב-50% מהסכום המקורי.

²רכישת תוכנית זו תבוצע בתוכנית נפרדת במחלקת הבריאות. לא ניתן לרכוש שחרור מפרמיה עבור כיסוי מענקית זהב.

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 עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.



ב סוג הפוליסה המבוקשת לאובדן כושר עבודה (סמן ב-✓) כל הסכומים הינם מצטברים (כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)

רכישת כיסוי אובדן כושר עבודה (לנשים וגברים עד גיל 67)	הרחבות לכיסוי אובדן כושר עבודה
<input type="checkbox"/> הראל לעתיד (פרמיה משתנה כל שנה) <input type="checkbox"/> הראל לעתיד בטוח (פרמיה קבועה) <input type="checkbox"/> מטריה ביטוחית (פרמיה משתנה כל שנה) <input type="checkbox"/> מטריה ביטוחית בטוחה (פרמיה קבועה) <input type="checkbox"/> פנסית נכות פלוס (פרמיה משתנה כל שנה) <input type="checkbox"/> פנסית נכות (פרמיה משתנה כל שנה) סך הפיצוי החודשי ש"ח	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 30 יום (לצווארון לבן בלבד) <input type="checkbox"/> 90 יום הרחבה לכיסוי אובדן כושר עבודה חלקי: (להראל לעתיד / עתיד בטוח / מטריה ביטוחית / מטריה בטוחה) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (ברירת המחדל) קיזוז ביטוח לאומי (עד 100% מהשכר): <input type="checkbox"/> בקיזוז ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> ללא קיזוז ביטוח לאומי (ברירת המחדל) הרחבה לפיצוי רטרואקטיבי: (להראל לעתיד / עתיד בטוח / מטריה ביטוחית / מטריה בטוחה) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (ברירת המחדל) (ניתן לרכוש רק עם 90 ימי המתנה)
<input type="checkbox"/> שחרור פרמיות במקרה של אובדן כושר עבודה (90 ימי המתנה בלבד) (פרמיה קבועה)	

ג הכנסה למשפחה³ במידה והתוכנית המבוקשת הינה הכנסה למשפחה - באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצויינים שלהלן:

קרבא למועמד	מספר זהות	שם פרטי של המוטב	שם משפחה של המוטב	תקופת הביטוח בשנים ⁵ (בין 5 ל-30 שנים)	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח ⁴
				שנים.....	
				שנים.....	
				שנים.....	

³בהעדר מינוי מוטבים בסעיף זה, ישולם על פי האמור בסעיף ד'. ⁴סכומי הביטוח צמודים למדד עד מות המבוטח, החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים עד למועד סיום הביטוח כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה כמוגדר בפוליסה. ⁵סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה לעיל, אך לא יאוחר ממועד תום הפוליסה כמוגדר בתנאיה, או עד גיל 75 של המבוטח לפי המוקדם מביניהם.

ד המוטבים למקרה מוות⁶

שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים
					1.
					2.
					3.
					4.
					5.
					6.
סה"כ					100%

⁶בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

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. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
-----	------	----	----	------------------------

פרק א'

1. א' משקל בק"ג גובה בס"מ
 האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? לא עליה ירידה של ק"ג,
 אם כן, פרט את הסיבה: דיאטה אחר, פרט

ב' האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? מעולם לא כן,* כמות ליום: במשך שנים, עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני 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.

ג' אלכוהול: האם שתיית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?
 ד' סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
-----	------	----	----	------------------------

פרק 2' - האם אובחנת במחלות/ההפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

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 (פרפריאלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב			שאלון לב, שאלון כלי דם, שאלון לחץ דם
3.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות: <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
4.	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
5.	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) פירוט ומסמכים רפואיים
6.	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"/> וזט <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'
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.	<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון מחלה נפשית
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 כליתי 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"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
11.	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
12.	<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס			מסמכים רפואיים
13.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			שאלון תאונות/נכות
14.	תרופות: האם את/ה נוטל/ת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?			פרוט ומסמכים רפואיים
15.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?			שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)

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

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
16.	א. <input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7) ב. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיית שמיעה			שאלון עיניים שאלון אף/אוזן/גרון

פרק ב'2 - בעת רכישת כיסויי אובדן כושר עבודה, שחרור פרמיה, נכות תמידית (חוסן) ונכות מתאונה, יש לענות גם על השאלות הבאות

17. בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות כאבי גב בעיה בעמוד שדרה מפרקים ועצמות בלט דיסק פריצת דיסק בעיות או קרעים ברצועות בעיות או קרעים במינסקוס CTS אוסטיאומאליטיס כרוני

שם קופ"ח: שם הרופא המטפל:

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים).....

תאריך: שם המועמד לביטוח: ת.ז.: חתימה:

טווח ההתאם b12696/15348 09/2016

1 | יותר על סודיות

אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. ואני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: חתימת מועמד לביטוח /
 תאריך: שם פרטי ומשפחה עד לחתימה / סוכן הביטוח
 ת.ז. עד לחתימה / סוכן הביטוח חתימת עד לחתימה / סוכן הביטוח

2 | השוואה / ביטול

ברכישת כיסוי אובדן כושר עבודה
 א. האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה? לא כן

ברכישת כיסוי מגן / מוות מתאונה / מענקית זהב / נכויות / שחרור פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה
 ב. האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה? לא כן
 ג. האם בכוננתך להקטין את היקף הכיסוי שברשותך בעקבות בקשתך להצטרף לפוליסות המפורטות בטופס הצעה זה? לא כן

במידה וענית בחיוב לסעיפים א' או ב' לעיל:
 האם ברצונך לבטל את הפוליסה שברשותך? לא כן

אנא סמן האם בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל:
 על ירך
 ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום)
 ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול חתום). שם חברת הביטוח המבטחת:

במידה וענית בחיוב לסעיף א' או ענית בחיוב לסעיפים ב' ו-ג' לעיל, לפי העניין, וייקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה המקורית.

ה | הסכמה לשימוש 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 והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: שם המועמד לביטוח חתימת מועמד לביטוח /

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, 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 פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או 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.

ט | מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן 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, למעט במקרים המפורטים בדין.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והגך ראשי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- ההתקשרות בינך 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 המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- 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 על מנת שבקשתך לקבלת הביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

טווח והראל b12696/15348 09/2016

יא 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; 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? 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 לביטוח..... חתימת המועמד לביטוח 


יב הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
3. א. אני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 ג. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).

תאריך..... חתימת מועמד לביטוח 

יב הצהרת הסוכן

אני מאשר כי ביררתי את צרכי המועמד לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיו. כמו כן, אני מאשר כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות והסברתי לו את מהות הכיסוי הביטוחי המוצע וקיבלתי את הסכמתו לרכישת הכיסויים. התשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על פי תעודת הזהות שלו.

תאריך..... חתימת הסוכן 

תשלום בכרטיס אשראי או גביה מאמצעי תשלום קיים בפוליסה מס'

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינרס אחר:

מס' כרטיס האשראי: _____

שם בעל כרטיס האשראי: _____

תוקף הכרטיס: _____

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 שיונפק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח או מן/בת הזוג של המועמד לביטוח, יש להפנות לטופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר החברה www.harel-group.co.il.

תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה

לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____

מס' חשבון בנק: _____ סוג חשבון: _____

קוד מסלוקה	קוד המוסד		
	סניף	בנק	מס' ת.זהות / ח.פ.
	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 - ₪. _____

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. א/או הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.זהות / ח.פ. _____

מכתובת: _____

רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- 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.
- 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.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

מועד התשלום בהוראת קבע

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום -

5 לחודש 14 לחודש 25 לחודש

שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.