

הצעה לביטוח חיים ואובדן כושר עבודה (הצהרת בריאות - 17 שאלות)

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 - עד 1,500,000 ₪ בסה"כ
ב. אובדן כושר עבודה עד - 10,000 ₪ פיצוי
הכיסוי לאובדן כושר עבודה יימכר ככיסוי העומד בפני עצמו או בצירוף לכיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא.

ברכישת סכומי ביטוח הגבוהים מהתקרות המצוינות בטופס זה, יש למלא הצהרת בריאות מלאה כפי שמופיעה באתר החברה ו/או לבצע בדיקות רפואיות בהתאם להנחיות החיתום הנהוגות בחברה

מס' הצעה/פוליסה למועמד לביטוח:

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

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	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	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנה פרט את המדינות:				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון ניד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אויר/בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנה 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, אנה מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il לתשומת ליבך, ככל שהנך מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי למקרה אובדן כושר עבודה, הרינו להודיעך כי קיימת החרגה לספורט אתגרי המופיע ברשימת ספורט אתגרי המפורסם באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il וכל זאת בהתאם לתנאי הפוליסה				
כתובת דואר אלקטרוני:				
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנה סמן <input type="checkbox"/>				
לתשומת לבך: (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל. (2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il				

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 (פרמיה משתנה כל שנה) ₪	80



500305

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

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

הכנסה חודשית שאינה מבוטחת בקופת ביטוח ו/או בקרן פנסיה	הכנסה חודשית בש"ח	סכום הפיצוי המבוקש בש"ח
הכנסה חודשית המבוטחת בקופת ביטוח בהראל, ואינה מעניקה שיעור פיצוי חודשי מירבי כקבוע בתוכנית		
הכנסה חודשית המבוטחת בקופת ביטוח בחברות אחרות, ואינה מעניקה שיעור פיצוי חודשי מירבי כקבוע בתוכנית		
סך הפיצוי החודשי המבוקש		

הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה)
 פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח

נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש³:

- הגדרת עיסוק ספציפי¹
- תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה)² או קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)¹
- ביטול מלא של קיזוז 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

¹בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.

²מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.

³לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד חדש במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את תכנית הבסיס והנספחים הנותרים, אם קיימים.

ד המוטבים למקרה מוות⁴

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

⁴בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

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

פרק א.1 - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מועמד לביטוח

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

ב' שאלון עישון:
אנא סמן את המשפט הנכון עבורך
 מעולם לא עישנתי הנני 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.

שאלון/מידע ראשוני נדרש	מועמד לביטוח		
	לא	כן	
שאלון אלכוהול			ג' אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?
שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)			ד' סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?
שאלון לב, שאלון כלי דם			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 (פריריאלית) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב
שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם			3. 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"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית
שאלון דרכי נשימה / אסטמה			4. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה
שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) ליתר-פירוט ומסמכים רפואיים			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 מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'			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"/> 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
דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+דוח מעקב אחרון			7. גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)
שאלון נפש			8. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)
שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית			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
ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי			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"/> פיברומיאלגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית
מסמכים רפואיים			11. מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס

2.2 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות 12 ו-13:

12. א. מחלות עיניים הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
 ב. בעיות או מחלות הקשורות ל: אף אוזן גרון בעיית שמיעה

13. בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות כאבי גב בעיה בעמוד שדרה מפרקים ועצמות בלט דיסק פריצת דיסק בעיות או קרעים ברצועות בעיות או קרעים במיניסקוס CTS אוסטיאומיאליטיס כרוני

פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

14. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?

15. תרופות: האם אתה/נוטלת/תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?

16. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?

17. 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, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה).
 אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? לא, נא פרט מטה. כן

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



מועמד לביטוח	
כן	לא

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למסודותיה 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 עצבו/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

מועמד לביטוח	
כן	לא
	(א) האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן - "פוליסה קיימת")?
במידה והתשובה לסעיף (א) חיובית יש לענות גם על הסעיפים הבאים:	
	(ב) במידה והפוליסה בחברה אחרת - האם ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת שברשותך?
	האם ברצונך כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל:
	<input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום)
	<input type="checkbox"/> חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול בחברה אחרת-חתום) שם חברת הביטוח המבטחת:
	(ג) ברכישת כיסוי מסוג ריסק למקרה מוות (מגן ו/או הכנסה למשפחה) והפוליסה הקיימת הינה בהראל: הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. האם הנך מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הכיסוי הנוסף?
	ברכישת כיסוי אובדן כושר עבודה - במידה שהמענה לסעיף א' חיובי, ובמידה שיקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיקלוכל לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו למועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.

מועמד לביטוח	
כן	לא
	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 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 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.
קבלת דבר פרסומת	
	הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
	אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף בטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 521 1802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך 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, למעט במקרים המפורטים בדיון.
3. לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
4. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצרים פנסיונים ולטיפול בעניינים הקשורים בהם. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבור ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול במוצר הפנסיוני ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.
5. 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.
6. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, ייתכן שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il
7. 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.
8. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
9. 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 לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.


רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.
 אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה.
 לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז אתר 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.

יא אישור למסירת מידע מהותי


מועמד לביטוח		
כן	לא	
		<p>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? 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.</p>


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 תכנית 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: 

יג הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס הצטרפות זה, ביררתי את צרכי המועמד לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת לי לביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיו.
 אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על פי תעודת הזהות שלו.
 תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: 

2. הצהרת הסוכן למסירת מידע מהותי: אני מאשר כי מסרתי למועמד מידע מהותי לגבי הביטוח המוצע, בהתאם לנדרש בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח.
 תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: 

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דיינרס 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 שיופנק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

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

תשלום בהוראת קבע לבנק

1 פרטי הוראה

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

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		סניף	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.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.
- 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

2 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.

