

טופס שינויים בכיסוי אובדן כושר עבודה בפוליסת פרט או תגמולים לעצמאים ו/או שינויים במטריה ביטוחית בפוליסת פרט

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' 1700-70-28-70.

שם סוכן/סוכנות: מס' סוכן:

מס' פוליסה:

שים לב - הטופס חל רק על מוצרים ששווקו החל מ-01/2018. לא ניתן להגדיל מוצרים שנרכשו לפני 01/2018.

אני מבקש לבצע את השינויים על פי טופס זה החל מתאריך / 20 (שנה/חודש).
שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
טלפון בית	טלפון נייד	מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים
עיסוק	האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אויר/בדעתך לטוס שלא בקו אויר 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	
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il			
מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים בדואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/> לתשומת לבך, ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל			

ב תוכנית אובדן כושר עבודה (סמן ב-✓)

הגדלת כיסוי קיים - אנא ציין את סכום הביטוח הכולל המבוקש
 הוספת נספחים לכיסוי קיים

סכום הפיצוי המבוקש בש"ח	הכנסה חודשית בש"ח	
		הכנסה חודשית שאינה מבוטחת
		הכנסה חודשית המבוטחת בהראל, בשיעור פיצוי חודשי שאינו המירבי
		הכנסה חודשית המבוטחת בחברה אחרת, בשיעור פיצוי חודשי שאינו המירבי
סך הפיצוי החודשי המבוקש		
<p>■ הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה) פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח</p> <p>נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:</p> <p><input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי⁷</p> <p><input type="checkbox"/> תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה)⁸ או <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)⁷</p> <p><input type="checkbox"/> ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי</p> <p><input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25%</p> <p><input type="checkbox"/> נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> 1% בשנה או <input type="checkbox"/> 2% בשנה</p> <p><input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי</p>		

⁷בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
⁸מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.
⁹לכל 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.

הגדלת/הוספת כיסוי קיים - אנא ציין את סכום הביטוח הכולל המבוקש

הוספת נספחים לכיסוי קיים

פרטים על קרן הפנסיה:

- שם הקרן: הראל פנסיה אחר
- סך שיעור ההפקדות לקרן הפנסיה (תגמולים ופיצויים): אחוזים.
- שכר מבוטח בקרן הפנסיה ש"ח (השכר המבוטח במסגרת המטריה לא יהיה גבוה מ-40,000)
- תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה

כיסוי מטריה משלימה לקרן הפנסיה:

- סכום הפיצוי החודשי המבוקש הוא ש"ח ולא יותר מ-75% מהשכר (סכום הפיצוי המבוקש יהיה זהה או נמוך מסכום הפיצוי הקיים בקרן הפנסיה)
- ניתן להוסיף את אחד מכיסויי הבסיס שלהלן:
 - הגדרת עיסוק ספציפי
 - כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה, על-פי הגדרת עיסוק ספציפי עבור עיסוקים שהוגדרו על ידי החברה.
 - ביטול קיזוז תגמולי ביטוח לאומי
 - תשלום פיצוי חודשי בגובה תגמולי הביטוח הלאומי שקוזזו על ידי קרן הפנסיה התשלום לא יעלה על 100% ולא יפחת מ-30% מהפיצוי החודשי שנרכש
 - כיסוי לתקופת אכשרה בקרן הפנסיה
 - במקרה של אובדן כושר עבודה אשר אין בגינו זכאות לקבלת תשלום מקרן הפנסיה מאחר שארע במהלך תקופת האכשרה בקרן הפנסיה (5 שנים ממועד הצטרפות לקרן), הראל ביטוח תשלם את תגמולי הביטוח, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - לתשומת הלב, כי במקרה שבו חלפו 5 שנים ממועד הצטרפות לקרן הפנסיה, אין צורך ברכישת כיסוי זה.
 - כמו כן, לידיעתך, כיסוי זה לא ניתן לרכישה לבדו, אלא בנוסף לאחד מהכיסויים הנוספים המוצעים למעלה במסגרת המטריה הביטוחית.

■ הרחבות נוספות

- תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה) - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: 1% בשנה או 2% בשנה - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעט הגדרת עיסוק ספציפי

חשוב לדעת

- תקופת המתנה: שלושה חודשים
- הפרמיה משתנה כל שנה
- הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן
- לכל אחד מהכיסויים עלות נפרדת
- שחרור ההפקדות לקרן הפנסיה - בעת רכישת כיסוי עיסוק ספציפי ו/או כיסוי לתקופת אכשרה ישוחררו ההפקדות בגובה מכפלת השכר המבוטח (בקרן הפנסיה) בשיעור ההפקדות כפי שדווח בטופס זה
- התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים

הצהרות בעל הרשיון:

1. אני מצהיר כי ביצעתי את כל החובות המוטלות עלי בהתאם לחוזר שיווק תכניות לביטוח אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2019-1-5 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית.
2. אם נרכש כיסוי לפי הגדרת עיסוק ספציפי - אני מצהיר כי פירטתי למועמד לביטוח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי זה ואת העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד המכירה, אם לא ירכוש כיסוי זה.



חתימת בעל הרשיון:

תאריך:

תוכנית המטריה הביטוחית הנה בגין השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אולם יתכנו פערים בגובה הכיסוי הנובעים משינויים בשכר המבוטח ו/או הצמדת כיסוי המטריה הביטוחית למדד ולא לשכר. בכל שינוי בגובה השכר בקרן הפנסיה המבוטח נדרש לעדכן את חברת הביטוח בשינוי על מנת לעדכן את תוכנית המטריה. עדכון כאמור ייכנס לתוקף רק לאחר קבלת הסכמת חברת הביטוח בכתב.

ד הצהרת בריאות¹⁰

יש לצרף טופס הצהרת בריאות. שים לב כי יתכן שתידרש להעביר לחברה מסמכים נוספים ככל שידרשו.

¹⁰ ככל שלא תצורף הצהרת בריאות, הכיסוי הביטוחי לא ייכנס לתוקפו.

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 ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		

I מידע למבוטח

1. 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.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדין.
3. ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרמיה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה 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.
4. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי הראל, המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם ב"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
5. 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.
6. לתשומת לבך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שייקבעו תנאי חיתום לעניין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בטופס זה, לא יופקו יתר הכיסויים המבוקשים עד לקבלת אישורך בכתב לרכישתם ללא הכיסויים אליהם לא ניתן לצרף אותך או עד לקבלת אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.

II הצהרת המבוטח ובעל הפוליסה (אם שונה מן המבוטח)

1. הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את השינויים כאמור בבקשה זו.
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 להראל ולקבל מהראל בשמי ועבורי, את כל הודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לכיסויים הביטוחיים על פי בקשה זו.
ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
ג. אם ברצונך 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: שם המבוטח: חתימת המבוטח: /.....
במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתיים גם את בעל הפוליסה על ההצהרה:
תאריך: שם בעל הפוליסה: חתימת בעל הפוליסה: /.....

III הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

אני מצהיר כי הצירוף לאובדן כושר עבודה על פי הצעה זו נעשה בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון בחוזר שיווק תכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה ובמקרה שמדובר על אובדן כושר עבודה שלא נמכר אגב חסכון פנסיוני, הצירוף נעשה גם על פי חוזר צירוף לביטוח
תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /.....