

הצעה לביטוח חיים

סיכונים 17 שאלות (הצהרת בריאות)

השימוש בטופס זה מאושר עד ה-31.12.2022. 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 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 עד לגובה הסכומים על פי הנחיות החיתום של החברה.

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

שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. אני, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

א פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצער מבין השניים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
				ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	
נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא 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? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il				
כתובת דואר אלקטרוני:				
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים ישלחו אליך באמצעות האמצעים דיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים 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.				
לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il				

ב פרטי המועמד השני לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
				ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	
נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא 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? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il				



שם התכנית	מועמד ראשון - סכום הביטוח	מועמד שני - סכום הביטוח	תקופת ביטוח עד גיל מקסימאלי
<input type="checkbox"/> הראל מגן 1 (פרמיה משתנה כל שנה)	₪ (מינימום 50,000 ₪)	₪ (מינימום 50,000 ₪)	80
<input type="checkbox"/> הראל מגן זוגי Extra ¹ (פרמיה משתנה כל שנה)	₪ (מינימום 500,000 ₪ ועד 2,000,000 ₪)	₪ (מינימום 500,000 ₪ ועד 2,000,000 ₪)	80
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח	75
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה זוגית Extra ²	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח (מינימום 2,000 ₪ מקסימום 15,000)	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח	75
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר ¹ - עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק (פרמיה משתנה כל שנה)	₪	₪	65
<input type="checkbox"/> הראל חוסן למחר פלוס ¹ - עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> לכל עיסוק (פרמיה משתנה כל שנה)	₪	₪	65

נספחים למגן 1 - לתשומת לבך, ניתן לרכוש כיסוי מסוג מוות מתאונה ו/או נכות מתאונה כנספח לכיסוי מסוג מגן 1 בלבד. כמו כן, סכום הביטוח בכיסויים אלה, לא יהיה גבוה מסכום הביטוח בכיסוי מגן 1.

מוות מתאונה ³	האם תוכנית נכות מתאונה ו/או מוות מתאונה נמכרה טלפונית?	75	
		₪ (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	₪ (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הטבה בעת רכישת כיסוי מסוג "הראל מגן 1" ו/או "הראל מגן זוגי Extra": קבלת מקדמה על חשבון תשלום סכום הביטוח למקרה פטירה (להלן: "ההטבה"): במקרה פטירה חו"ח תשלום למוטב המבוגר ביותר מעל גיל 18 (להלן: "המוטב הזכאי"), מקדמה בגובה 5% מסכום הביטוח למקרה פטירה בפוליסה או סך של 50,000 ₪ לפי הנמוך (להלן: "המקדמה"). המקדמה תועבר לחשבון הבנק של המוטב הזכאי בתוך 2 ימי עסקים בכפוף לקבלת טופס ייעודי חתום על ידי המוטב אליו תצורף הודעת קבורה או הודעה מבית החולים על הפטירה, וזאת טרם בירור התביעה בהתאם לתנאי הפוליסה. למען הסר ספק, תשלום המקדמה לא מהווה אישור תביעת הפטירה, ובמידה ויוחלט על ידי חברת הביטוח שהמוטבים אינם זכאים לתשלום בהתאם לתנאי הפוליסה או להוראות הדין, יידרש המוטב הזכאי להחזיר את המקדמה שקיבל לידי. ככל שהתביעה תוכר על ידי חברת הביטוח, תקוזז המקדמה מהסכום המגיע למוטב הזכאי שקיבל את המקדמה.

תנאים לקיום ההטבה:

- מונו מוטבים בפוליסה וקיים מוטב זכאי
- הפוליסה פעילה ולא קיים שעבוד או עיקול על הפוליסה

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבטחים בפוליסה שני מבטחים יחולו הוראות אלה:

1. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכל סכום הביטוח בפוליסה של המבטח הנותר. הכפלת סכום הביטוח למבטח שנותר לא תגדיל את הפרמיות שנקבעו בפוליסה טרם הגדלת סכום הביטוח.
2. בקרות מקרה ביטוח לשני המבטחים שנובע מאותה תאונה* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבטחים.
3. במהלך תקופה של שלושה חודשים ממועד הולדת ילד לאחד משני המבטחים בפוליסה, יהיה זכאי כל אחד מהמבטחים להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה ב-20% מסכום הביטוח הקיים במועד ההגדלה או ב-200,000 ₪, הנמוך מביניהם, ללא הליך של חיתום רפואי. סך כל ההגדלות של סכום הביטוח מכוח סעיף זה, לגבי כל אחד מהמבטחים בכל תקופת הביטוח, לא יעלה על 50% מסכום הביטוח המקורי שנרכש בפוליסה או על סך של 500,000 ₪, לפי הנמוך.

למען הסר ספק יובהר כי ההטבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1. הגיעו של אחד המבטחים לגיל 75 או סיום הביטוח לגבי אחד מהמבטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח - המוקדם מביניהם
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח
3. הגדלת סכום ביטוח של אחד המבטחים לסכום ביטוח הגדול מ-2.5 מיליון ש"ח (צמוד למדד)

הכנסה למשפחה זוגית Extra

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבטחים בפוליסה שני מבטחים וסכום הביטוח של שני המבטחים זהה ותקופת הביטוח זהה יחולו הוראות אלה:

1. בקרות מקרה ביטוח לשני המבטחים שנובע מאותה תאונה* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבטחים. סכום הביטוח שיוכל יהיה הסכום שנקבע בפוליסה.
2. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכל סכום הביטוח בפוליסה של המבטח הנותר והוא לא יידרש לשלם פרמיה לחברת הביטוח עד לתום הביטוח בכפוף לכך שסכום הביטוח לשני המבטחים יהיה זהה במועד האירוע.

למען הסר ספק יובהר כי ההטבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1. סיום הביטוח לגבי אחד מהמבטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח.
2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

*תאונה - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי, בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמידית למוות. למען הסר ספק - אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים למוות לא ייחשבו כ"תאונה".

כיסוי נכות מתאונה ומוות מתאונה

במסגרת רשימת החריגים בביטוח זה, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח שנגרם עקב נהיגה ברכב דו גלגלי ו/או החל מגיל 21 - למקרה ביטוח שנגרם עקב רכיבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגווי וכיוצ"ב. ניתן לרכוש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכפוף לאישור החברה. בכל מקרה לא יהיה כיסוי במקרה שהנהיגה בכלי התחבורה הינה מתוקף עיסוקו של המבטח.

ד המוטבים במקרה מוות⁴ (למועמד ראשון לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
100%	סה"כ	<p>המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עבור כל הכיסויים הביטוחיים * אשר נרכשו בטופס זה. במידה והנך מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס הצטרפות עבור כל כיסוי בנפרד. *כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חודשי כפי שנבחר בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.</p>			

ה המוטבים במקרה מוות⁵ (למועמד שני לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
100%	סה"כ	<p>המוטבים אשר נקבעו בסעיף זה הינם עבור כל הכיסויים הביטוחיים * אשר נרכשו בטופס זה. במידה והנך מעוניין במוטבים שונים לכיסויים השונים שנבחרו, יש למלא טופס הצטרפות עבור כל כיסוי בנפרד. *כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חד פעמי במקרה של אירוע ביטוחי או כיסוי ביטוחי שמזכה בתשלום חודשי כפי שנבחר בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.</p>			

הנחיות כלליות: יש לענות האם יש לך / ואז אובחנת / ואז הינך מטופל / ואז קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות / ואז המחלות הבריאותיות המצוינות מטה: (ככל שהתשובה על אחת מן השאלות חיובית, יש לסמן ✓ במשבצת הצמודה לשאלה), כמו כן, יש לפרט בצורה ברורה בתחתית הצהרת הבריאות / ואז מילוי שאלון מתאים. לידעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים / ואז 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 ראשון לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
שם מועמד שני לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים

פרק א.1 - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
1. א. האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> עליה <input type="checkbox"/> ירידה של ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר, פרט	האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> עליה <input type="checkbox"/> ירידה של ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר, פרט	2. ב. שאלון עישון: אנא סמן את המשפט הנכון עבורך: <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> הניי מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום: במשך שנים <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים כמות של ליום, משך שנים.	שאלון עישון: אנא סמן את המשפט הנכון עבורך: <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> הניי מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום: במשך שנים <input type="checkbox"/> 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 ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
	כן	לא	כן	לא
ג. אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?				
ד. סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?				
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				
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				
4. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה				
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				
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"/> ושט <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> שחמת כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטיטיס) לטוניה <input type="checkbox"/> הפרעות בתפקוד כבד <input type="checkbox"/> כבד שומני				
7. <input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)				
8. <input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)				
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				
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"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית				
11. <input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס				

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

12. 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				
13. <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"/> אוסטיואמיאלטיס 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/נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?				

7008422 07/2022 3649246 תדירות האל



שאלון / מידע ראשוני נדרש	מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
	כן	לא	כן	לא
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? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> נא פרט מטה. <input type="checkbox"/> כן				
מועמד ראשון לביטוח			מועמד שני לביטוח	
במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:			במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:	
.....			
.....			
.....			
.....			
<p>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.</p>			<p>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.</p>	

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
כן	לא	כן	לא
<p>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 והפיננסיים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת 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.</p> <p>קבלת דבר פרסומת</p> <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).</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 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.</p>			

ח השוואה / ביטול

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
כן	לא	כן	לא
<p>האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")? הכיסיים הקיימים בפוליסה הקיימת:</p> <p>במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.</p>			
מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי: לידיעתך/כם, הכיסי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסי וגביית הפרמיה הנוספת.</p>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: ברכישת כיסי מסוג נכויות: לידיעתך/כם, הכיסי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכיסי וגביית הפרמיה הנוספת. לצורך הקטנת היקף הכיסי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.</p>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:</p>	
<p>במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת (מסוג נכויות בלבד) וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסיים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.</p>			

ט ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

<p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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 במרוכז באתר 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.</p>
--

י א מידע למועמדים לביטוח

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין 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 בדין.
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 המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. 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 תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
5. ההתקשרות בין 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.
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 לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.
10. לתשומת לבך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שייקבעו תנאי חיתום לעניין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זו, לא יופקו יתר הכיסויים המבוקשים עד לקבלת אישורך בכתב להפקת הפוליסה ללא הכיסויים אליהם לא ניתן לצרף אותך או עד לקבלת אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.



י א 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; 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	
מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
כן	לא
כן	לא


י ב יותר על סודיות


אני/נו החתום/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 הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביור 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 בידיכם 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 משהרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.	
מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
כן	לא
כן	לא

י ג הצהרת המועמדים לביטוח

<ol style="list-style-type: none"> 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 מסמך את סוכן 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 המבוקשת 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). <p>תאריך:</p> <p>תאריך:</p> <p>חתימת המועמד הראשון לביטוח: </p> <p>חתימת המועמד השני לביטוח: </p>

י ד הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

<ol style="list-style-type: none"> 1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהותי הנדרש. 2. אני מצהיר כי ככל שהמבטח צורך לכיסוי נכות ו/או מוות מתאונה, הצירוף נעשה על ידי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון בחוזר תאונות אישיות לעניין צירוף לביטוח תאונות אישיות. 3. השוואה וביטול של פוליסה מקורית: להלן השוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת: (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים) <table border="0"> <tr> <td>פרמיה בפוליסה המוצעת</td> <td><input type="checkbox"/> נמוכה יותר</td> <td><input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי</td> <td><input type="checkbox"/> אחר</td> </tr> <tr> <td>היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת</td> <td><input type="checkbox"/> רחב יותר</td> <td><input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי</td> <td><input type="checkbox"/> אחר</td> </tr> <tr> <td>סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת</td> <td><input type="checkbox"/> גבוהים יותר</td> <td><input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי</td> <td><input type="checkbox"/> אחר</td> </tr> <tr> <td>רמת השירות בחברה החדשה</td> <td><input type="checkbox"/> טובה יותר</td> <td><input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי</td> <td><input type="checkbox"/> אחר</td> </tr> </table> <p>פרוט נוסף:</p> <p>לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.</p> <p>תאריך:</p> <p>שם הסוכן:</p> <p>חתימת הסוכן: </p>	פרמיה בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> נמוכה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר	היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> רחב יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר	סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר	רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
פרמיה בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> נמוכה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר													
היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> רחב יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר													
סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר													
רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר													

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות/ח.פ.	
רחוב		מס'		ישוב	
מיקוד		טלפון		טלפון נייד	
<p>מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח.....</p> <p>אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלומים לפוליסה יבוצעו עבור המבוטח/ים בפוליסה וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה. ידוע לי כי באחריותי להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.</p> <p>הצהרת משלם חריג שהינו מעסיק של המבוטח</p> <p>ידוע לי כי התשלום בגין הפוליסה הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו.</p>					
שם משלם		תעודת זהות		תאריך	
חתימה					

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינירס 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 שיופק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: חתימת בעלי הכרטיס: _____

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

ז' 1 **תשלום בהוראת קבע לבנק**

פרטי הוראה

לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		סניף	בנק		
_____	_____	_____	_____	6 0 8	_____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש.

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 בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבונו, 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 ותוספותיהן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון: _____

ז' 2 **מועד התשלום בהוראת קבע**

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה- 5 לחודש 14 לחודש 25 לחודש

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

יח **תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת**

מספר פוליסה:

הצהרות המבוטח:

- הפרמיה החודשית תשולם מתוך החיסכון שייצבר בתכנית חיסכון "מגוון השקעות אישי" (להלן "פוליסת מגוון") על שמי. תשלום כאמור, יהווה "משיכה" מפוליסת המגוון ובנוסף, ייגבה מס רווח הון בגובה הרווחים הריאליים שנצברו בגין המשיכה שבוצעה.
- מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש
- ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי יהיה בכפוף לכך:
 - א. בפוליסה קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪
 - ב. לא מדובר בפוליסה ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)
 - ג. אין עיקול על שמי

תאריך: חתימת המבוטח: _____

