

# הצעה לביטוח חיים

## סיכונים 7 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 ניתן לרכוש כיסויים ביטוחיים למועמדים לביטוח עד גיל 60
- תקרת הסכומים לכל כיסוי שניתן לרכוש על פי טופס זה כולל סכומי ביטוח, במידה וקיימים בהראל, הינם:
  - א. מגן 1 - עד 1,500,000 ש"ח בסה"כ
  - ב. מגן זוגי EXTRA - מ-500,000 עד 1,500,000 ש"ח בסה"כ
  - ג. הכנסה למשפחה - עד 8,000 ש"ח
  - ד. הכנסה למשפחה זוגית EXTRA - מ-2,000 ש"ח ועד 8,000 ש"ח
  - ה. מוות מתאונה - מ-50,000 ש"ח עד 1,500,000 ש"ח
  - ו. נכות מתאונה - מ-50,000 ש"ח עד 1,500,000 ש"ח

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 (הצעיר מבין השניים)					
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות (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, אנא פרט את המדינות: .....					
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....					
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אוויר / בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא 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, אנא מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>					
כתובת דואר אלקטרוני: .....					
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל 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 <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>					

ב פרטי המועמד השני לביטוח					
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות (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, אנא פרט את המדינות: .....					
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....					
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא 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, אנא מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>					



^dt3313

שם התכנית	מועמד ראשון	מועמד שני	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 <sup>1</sup> (פרמיה משתנה כל שנה)	₪..... (מינימום 500,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	₪..... (מינימום 500,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	80
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח (מקסימום 8,000 ₪)	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח (מקסימום 8,000 ₪)	75
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה זוגית Extra <sup>2</sup>	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח (מינימום 2,000 ₪ מקסימום 8,000 ₪)	תקופת ביטוח שנים (10 שנים - 25 שנים) סכום ביטוח (מינימום 2,000 ₪ מקסימום 8,000 ₪)	75
<b>נספחים למגן 1 - לתשומת לבך, ניתן לרכוש כיסוי מסוג מוות מתאונה ו/או נכות לכיסוי מסוג מגן 1 בלבד. כמו כן, סכום הביטוח בכיסויים אלה, לא יהיה גבוה מסכום הביטוח בכיסוי מגן 1.</b>			
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> האם תוכנית נכות מתאונה ו/או מוות מתאונה נמכרה טלפונית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	75
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> האם תוכנית נכות מתאונה ו/או מוות מתאונה נמכרה טלפונית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪..... (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	75
		<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 ברור תביעה 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, יודרש 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** ■ מונו מוטבים בפוליסה וקיים מוטב זכאי. ■ הפוליסה פעילה ולא קיים שעבוד או עיקול על הפוליסה.

**הראל מגן זוגי Extra**  
 מוסכם ומצוהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים יחולו הוראות אלה:  
 1. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבוטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכלל סכום הביטוח בפוליסה של המבוטח הנותר. הכפלת סכום הביטוח למבוטח שנותר לא תגדיל את הפרמיות שנקבעו בפוליסה טרם הגדלת סכום הביטוח.  
 2. בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה\* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכלל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים.  
 3. במהלך תקופה של שלושה חודשים ממועד הולדת ילד לאחד משני המבוטחים בפוליסה, יהיה זכאי כל אחד מהמבוטחים 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 מהמבוטחים 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 המבוטחים לגיל 75 או סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח - המוקדם מביניהם  
 2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח  
 3. הגדלת סכום ביטוח של אחד המבוטחים לסכום ביטוח הגדול מ-2.5 מיליון ש"ח (צמוד למדד)

**הכנסה למשפחה זוגית Extra**  
 מוסכם ומצוהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים וסכום הביטוח של שני המבוטחים זהה ותקופת הביטוח זהה יחולו הוראות אלה:

1. בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה\* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכלל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים. סכום הביטוח שיוכלל יהיה הסכום שנקבע בפוליסה.  
 2. בקרות מקרה ביטוח לאחד מהמבוטחים יהיו זכאים המוטבים לקבלת סכום הביטוח בגין המבוטח שנפטר. בנוסף, החל ממועד זה יוכלל סכום הביטוח בפוליסה של המבוטח הנותר והוא לא יודרש לשלם פרמיה לחברת הביטוח עד לתום הביטוח בכפוף לכך שסכום הביטוח לשני המבוטחים יהיה זהה במועד האירוע. למען הסר ספק יובהר כי ההטבות המפורטות לעיל יפקעו בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1. סיום הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח.  
 2. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמבוטחים 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 המבוטח.

תאריך: 07/2022  
 מסמך: 36492.42  
 מסמך: 7008422



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.

שם מועמד ראשון לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
שם מועמד שני לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים

**מועמד ראשון לביטוח** **מועמד שני לביטוח**

<b>פרק א' -</b>	
<p>1. <b>שאלון עישון:</b> 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, במשך..... שנים</p>	<p>1. <b>שאלון עישון:</b> 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, במשך..... שנים</p>

\*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 ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	לא	כן	לא	כן
--------------------	------------------	----	----	----	----

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)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. מחלות לב <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. מחלת סרטן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. מערכת עיכול <input type="checkbox"/> מחלות כבד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. מחלת כליות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. איידס או נשאות לאיידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. הפרעה או מחלה נפשית מאובחנת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. מחלות מערכת העצבים/המוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> דלקות מפרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י. ריאות ודרכי נשימה

3. לרוכשים כיסויים נוספים (שאינם כיסוי ריסק למקרה מוות) יש לענות בנוסף על השאלה הבאה:  בעיית פרקים  עצמות/שברים  גב ועמוד שדרה

**פרק ב' -**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. (א) סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ב) אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה בעשר השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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? <input type="checkbox"/> לא, נא פרט מטה <input type="checkbox"/> כן

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

כל תשובה חיובית מצריכה מילוי שאלון מתאים ו/או העברת חומר רפואי בגין הבעיה המוצהרת. את השאלונים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). כמו כן, לידיעתך, ייתכן כי ידרשו מסמכים נוספים.



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 לידיעתך 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</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 פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> 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/ביטוח

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")?                      הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת: .....</p> <p><b>במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.</b></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, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.</p>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי:                      ברכישת כיסוי מסוג נכיות:                      לידיעתך/כם, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.                      לצורך הקטנת היקף הכיסוי 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 הצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת: .....</p>	
<p><b>במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת (מסוג נכיות בלבד) וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.</b></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 צירופך 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 <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.                      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>
---

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כוללת 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. לידעתך, 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 עבורו 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 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 המבטח.
6. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידעתך, 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](http://www.harel-group.co.il)
7. לידעתך, 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 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.
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.

יא אישור למסירת מידע מהותי

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן

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](http://www.harel-group.co.il)

יב ויתור על סודיות


מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן

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, למ"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 קבלת הביטוח 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/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.


יג הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הנן 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\*).

תאריך: .....

חתימת המועמד הראשון לביטוח:  .....

תאריך: .....

חתימת המועמד השני לביטוח:  .....



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](http://www.harel-group.co.il).

תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה **1**

לכבוד, בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת הסניף: \_\_\_\_\_

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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. אני/הח"מ: ..... שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק ..... מס' תעודת 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:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. 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.
- ג. 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. 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.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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

2 הרינו מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה-5 לחודש  5 לחודש  14 לחודש  25 לחודש  שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.

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 הינה 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: \_\_\_\_\_

