

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

שים לב - עליו להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
אני, החתום מטה, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים המנוהלים על-ידי גופים מוסדיים מקבוצת הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ("הראל"),
פונה בזה אל הראל בבקשה להצטרף למוצרים פנסיוניים בהתאם למפורט להלן:

א פרטי המועמד להצטרפות לביטוח לעצמאי (יש לצרף תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה ולוודא שהופעלה - ההפעלה תעשה באמצעות אתר משרד הפנים או בטלפון *3450)

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, אנה פרט את המדינות:				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון
				טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/אישי צוות אייר/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				
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 אנה סמן <input type="checkbox"/>				
(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 הפוליסה והתשלום לביטוח עצמאיים

תקופת הביטוח: עד לגיל תום (ניתן 60-67) (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	גובה תשלום ההפקדה השוטפת: ש"ח. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן. <input type="checkbox"/> ישולם בהוראת קבע לבנק (יש למלא טופס הוראת קבע) בסך של
---	---

ג תכנית הביטוח המבוקשות לחיסכון ולמקרה מוות

קצבה מור דמי ניהול מהפקדה: 3% דמי ניהול מחיסכון מצטבר: 0.5% לשנה כל עוד הפוליסה בתוקף ומועברות בגינה הפקדות שוטפות ורציפות (במקרה של הפסקת תשלומי הפרמיה, דמי ניהול מהחסכון יעלו לשיעור של 1.05% לשנה).	<input checked="" type="checkbox"/> מור לעצמאיים
--	--

בנוסף על דמי הניהול, רשאית חברת הביטוח לגבות מהנכסים המנוהלים בפוליסה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות.
שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il

הנחיות כלליות: יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או היך 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. לידעתך, 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, תרופות קבועות, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות/דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	קופת חולים
שם רופא מטפל		משקל בק"ג		גובה בס"מ	

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

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.

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	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) ליתר - פירוט ומסמכים רפואיים
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			שאלון לב, שאלון כלי דם
3.	<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון נפש
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליציטמיה			שאלון מחלות דם
5.	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, שאלון לחץ דם
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> לבלב			שאלון בלוטת המגן. לבלוטת יתרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
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.	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			שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+ דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
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"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
11.	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 / כאב כרוני <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
12.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> 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
13.	<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס			מסמכים רפואיים
14.	לנשים: א. <input type="checkbox"/> בעיות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות שדיים ב. <input type="checkbox"/> טיפולי פוריות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות ג. האם את בהריון כעת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, באיזה שבוע....., האם ההריון ספונטני: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם ההריון תקין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			שאלון נשים
15.	לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: <input type="checkbox"/> אשכים <input type="checkbox"/> ערמונית			ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאת PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום)

פרק א'2 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	<input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)			שאלון עיניים
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיית שמיעה			שאלון אף/אוזן/גרון
3.	היעדרות מעבודה: האם נעדרת מעבודה עקב מחלה או תאונה או היית בחופשת מחלה יותר מעשרה ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות? אם כן, אנא פרט - מתי ומאיזו סיבה?			שאלון מתאים בהתאם לבעיה בגינה נעדרת מהעבודה
4.	<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"/> אוסטיאומיאליטיס כרוני			שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות, שאלון ברכיים
5.	<input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)			שאלון אוסטיאופורוזיס

טווח והראלי

36492.99

12/2022



פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח			
מס'	שאלה	כן	לא
1.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?		
2.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?		
3.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.		
4.	נכות, אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?		
5.	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?		
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?		
7.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח בעשר השנים האחרונות?		
8.	תרופות: האם את/ה נוטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?		
9.	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		

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות 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 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 בידעכם 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 משחררים 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 וביאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך: שם המועמד לביטוח: מספר תעודת זהות: חתימת המועמד: /

תאריך: עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה:
 חתימת עד / סוכן הביטוח (כולל מס' רישיון): /

הסכמה לשימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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.


תאריך: שם המועמד לביטוח: חתימת המועמד לביטוח: /

קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיע 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.

1. לתשומת ליבך, כל התשובות המפורטות כולל 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, והכל בכפוף להוראות הדין.
3. 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.
4. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.
5. בהמשך להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל הודעות הבקשות וההצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להן, בכתב ובמשרדה הראשי של החברה, בכתובתה ברחוב אבא הלל 3 ברמת-גן (או בכתובת אחרת כפי שתפורסם באתר האינטרנט של החברה www.harel-group.co.il) ולא במשרדו של סוכן הביטוח הרלוונטי: הצעות לביטוח, שינוי הרכב ההשקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שינוי מוטבים, בקשות לתשלום ערך הפדיון בתום תקופת הביטוח.
6. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצרים פנסיוניים ולטיפול בעניינים הקשורים בהם. 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 במוצר הפנסיוני ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.
7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות ניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
8. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסיית, 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.

יא הצהרות למועמד לביטוח

1. אני הח"מ, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים, מבקש מהראל להצטרף לאחת התכניות ולקבלני כמבוטח כמפורט בהצעה זו.
 2. אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הכלולה הן נכונות ומלאות.
 3. אני מסמיך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל הודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 4. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 5. 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 לביטוח: 

יב הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי, את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על-פי תעודת הזהות שלו.

תאריך:

שם הסוכן:

חתימת הסוכן: 

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.
(צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד

(שם הגוף המוסדי) (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי:

כתובת:

מייפה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מס' סוכן בהראל:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): (1) יועץ פנסיוני (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות¹ להצטרפות למוצר או העברת בקשות¹ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומייפה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

- במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- אם סימנתי בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.</p>

2. תקופו של ייפוי כוח

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום</p>

ולראיה באתי על החתום:

.....

תאריך החתימה

.....

חתימת הלקוח

.....

תאריך החתימה

.....

חתימת סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

.....

שם סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקיח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

א פרטי המבוטח/עמית

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות או דרכון*, מדינת דרכון.....
---------	----------	--

ב איש ציבור זר/מקומי

האם אתה תושב חוץ* כן לא

אם סומן כן - אנא מלא נספח 1 - טופס איש ציבור זר

אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות?
כן לא

אם סומן כן - אנא מלא נספח 2 טופס איש ציבור מקומי

***תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או לא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה ע"פ רישיון לשיבת קבע
"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;
"איש ציבור זר" - **תושב חוץ** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
"איש ציבור מקומי" - **תושב** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
"בן משפחה" - בן זוג, אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.
"תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד קבוע בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

ג קיומו של נהנה בחשבון

אני..... (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית*) בעל מספר תעודת זהות.....

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון.

יש נהנה/ים בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון - אנא מלא נספח 6 - שאלון פועל עבור נהנה.

ד פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק

שכיר / שכיר בעל שליטה: שם המעסיק:.....

עצמאי:

שם העסק..... מען העסק..... מחזור הכנסות שנתי.....

מהו תחום העיסוק של העסק?

יהלומים ואבני חן נדל"ן סחר במתכות יקרות בלדרות סחר בנשק עסק שאינו למטרת רווח:עמותה/גמ"ח/מלכ"ר

סחר במטבעות וירטואליים מתן שירות אשראי או מתן שירות בנסכ פיננסי ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך

עסק בו עיקר הפעילות במזומן הימורים חוקיים אחר:.....

רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:

חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי סטודנט קטין לא עובד חבר קיבוץ אברך/תלמיד ישיבה

גמלאי עיסוק טרם הפרישה.....



1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
 חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לטווח בנוי (בין שנתיים לשש שנים) חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
 האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? אם כן, מלא סעיף זה. אם לא, יש למלא טופס הכר את המשלם (נספח 3)
 משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון מכירת עסק הלוואה
 ירושה פיצויי פיטורין/פרישה זכייה מכירת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת השכרת נכס
 מתנה. שם נותן המתנה: זיקה לנותן המתנה:
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: שם המדינה:
 תרומה אחר. פרט:

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ישראל מדינה אחרת.
 במידה והכספים התקבלו ממדינה שאינה ישראל נדרש למלא טופס כספים מחו"ל (נספח 4)

4. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח):

5. תדירות הפקדות צפויה:
 חד פעמי חצי שנתי חודשי שנתי רבעוני נIOD חד פעמי אין הפקדות צפויות אחר. פרט:

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון:
 המחאה הוראת קבע/כרטיס אשראי העברה בנקאית

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא לא ידוע
 אם סומן כן, ציין את שם המדינה הזרה:

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא לא ידוע

הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

שם: תאריך: חתימה:

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

שם: תאריך: חתימה:

תשובות המחייבות שאלון - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il

שאלונים נוספים		
נספח 1	1	טופס איש ציבור זר
נספח 2	2	טופס איש ציבור מקומי
נספח 3	3	משלם שאינו המבוטח
נספח 4	4	טופס כספים מחו"ל
נספח 5	5	שאלון הכר את הכסף להפקדות חד פעמיות בפוליסה קיימת
נספח 6	6	שאלון פועל עבור נהנה