

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 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

שם הסוכן/סוכנות מס' הסוכן חתימת הסוכן 

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים

שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

מספר פוליסה:

א פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות (כולל ס"ב)
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:		
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 www.harel-group.co.il		
המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.		

ב פרטי המעסיק

שם המעסיק	ח.פ. / ע.מ.
-----------	-------------

ג עדכון השכר ותחילת תשלום

שם העובד	מס' תעודת זהות
שם העובד	שם העובד
שם החל מחודש שכר	שנה / 20
שנה	חודש

ד שינויים בכיסוי למקרה מוות

<input type="checkbox"/> הגדלת כיסוי	<input type="checkbox"/> הקטנת כיסוי
סכום ביטוח צמוד למדד בסך	
משכורת	שכר



ה אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה

שכר מבטח לפוליסה	פיצויים	תגמולי מעביד	תגמולי עובד
ש"ח.....%%%%
ש"ח.....%%%%
ש"ח.....%%%%

אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)¹

שכר מבטח לאובדן כושר עבודה (רק במידה ושונה מהשכר הפנסיוני שצויין בשורה הקודמת ולרכישה על חשבון מעסיק מחוץ להפרשות)	ש"ח.....
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

- רכישה מחוץ להפרשות לתגמולים**
תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב. (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)
- רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים**
שיעור הפיצוי החודשי יוכל להשתנות לאורך תקופת הביטוח. לתשומת ליבך!
ניתן לרכוש ביטוח למקרה מוות וכיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפרשות במגבלת 35% מסך ההפרשות לתגמולים לפוליסה, אחרי ניכוי דמי ניהול מפרמיה (המגבלה תחול לאורך כל תקופת הביטוח). (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)

- א. בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי החודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.
- ב. הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים. לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.

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

הכיסוי הינו לגיל תום: (ניתן 60-67). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.
<input type="checkbox"/> הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה) פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח
נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:
<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי ²
<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים) ² או <input type="checkbox"/> תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה) ³
<input type="checkbox"/> ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25%
<input type="checkbox"/> נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> 1% בשנה או <input type="checkbox"/> 2% בשנה
<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

²בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.

³מאשר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.

⁴לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את התכנית והנספחים הנותרים, אם קיימים.

11/2022 36492.86 הראל

לתשומת ליבך, הצהרת הבריאות שלהלן תקפה במקרים הבאים:
כיסוי אובדן כושר עבודה - שיעור ההגדלה אינו עולה על 20% או סכום הפיצוי החודשי יעמוד על מקסימום של 20,000 ש"ח בכל הפוליסות לכיסוי אובדן כושר עבודה המנוהלות בהראל - **הנמוך מבניהם**.
כיסוי ריסק - סכום הביטוח יעמוד על מקסימום סכום של 1.5 ש"ח מיליון בכל פוליסות הריסק המנוהלות בהראל
 ככל שסכומי הביטוח גבוהים מהמצוין לעיל, יש להעביר הצהרת בריאות מלאה המופיעה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il
 למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות. 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.

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

פרק א' -

1. שאלון עישון:
 אנה סמן את המשפט הנכון עבורך:
 מעולם לא עישנתי
 עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים, כמות של ליום, משך שנים
 הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום במשך שנים

*לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנה עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.

מועמד לביטוח	כן	לא
--------------	----	----

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)

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

3. לרוכשים כיסויים נוספים (שאינם כיסוי ריסק למקרה מוות) יש לענות בנוסף על השאלה הבאה:
 האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה

פרק ב' -

4. (א) סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?		
(ב) אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?		
5. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה בעשר השנים האחרונות?		
6. האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?		
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", אנה פרט:

.....

.....

ח ויתור על סודיות

מועמד לביטוח	כן	לא
אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. ואני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מוסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.		



11/2022 36492.86 טווח והראל

מועמד לביטוח	
כן	לא
<p>אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות 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, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), 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>בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum 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>	

י מידע למבוטח


- קבלה או דחיה של ההצעה כמוצרי/ים פנסיוני/ים בהראל מסורים לשיקול דעת החברה, מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בד"ן.
- ההתקשרות בינך 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.
- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח בכתב יד וכן תנאים המקובלים אצל המבטח בעניין זה. ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

יא הצהרת המבוטח

1. אני מבקש לעדכן את פוליסת ביטוח החיים שלי לשכירים כאמור בטופס זה.

2. כל התשובות כמפורט בטופס זה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.

תאריך:

חתימת המבוטח: 

יב אישור מעסיק (נדרש כאשר התשלום הינו באמצעות הוראת קבע בלבד)

תאריך

שם המעסיק

חתימה וחותמת המעסיק 