

למשלוח הטופס לאגף הבריאות בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00. יתבצע למחרת.

הצעה לביטוח מענקית זהב, מענקית סרטן וכתבי שרות

מהדורת 03/2021 - תוקף הטופס: עד 31/12/2021

שם הסוכן: מספר סוכן: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:
לתשומת לבך: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתירתו תחשב כהסכמת הקטין.

א פרטי המועמדים לביטוח

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"הראל", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il).

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?*	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי
	רחוב מספר	רחוב מספר
	רחוב מספר	רחוב מספר
יישוב	יישוב	יישוב

ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?*	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטח ראשי
	רחוב מספר	רחוב מספר
	רחוב מספר	רחוב מספר
יישוב	יישוב	יישוב

*חובה מגיל 18



^dt2355

סוג מסמך: 2355

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (יש לסמן ב- ✓)							
שם התוכנית		מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
		סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
1	מענקית סרטן - (ביטוח למחלת הסרטן)						
2	מענקית זהב (ביטוח למחלות קשות)						
כתבי שרות							
3	אבחון רפואי מהיר						
4	רפוא מלווה אישי						
5	רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו ומרפאות לרפואה ראשונית) השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט						
מענקית זהב: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימאלי: 64 סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 700,000 ₪, ילד: עד 600,000 ₪							
מענקית סרטן: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימאלי: 64 סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 500,000 ₪, ילד: עד 250,000 ₪							

ג. הצהרת הבריאות: (קוד הצהרה - 30)													
<p>הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.</p> <p>יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.</p> <p>על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.</p> <p>ברכישת מענקית סרטן - יש לענות על חלק א'</p> <p>ברכישת מענקית זהב - יש לענות על חלקים א' + ב'</p>													
חלק א'		מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4						
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 מגיל 14 בלבד: האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמה סיגריות ביום? [26]													
2 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:													
א O מחלה או גידול ממאיר (סרטן) * O גידול טרום סרטני * O גידול שפיר *													
ב O קרון [9] O קוליטיס [9] O שחמת כבד * O צהבת - הפטיטיס (B,C) * O האם לתיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד):													
3 O אב/אח/אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות: O מחלת לב O שבץ מוחי O סרטן שד O סרטן מעי O סרטן שחלות O סוכרת O כליות פוליציסטיות O טרשת נפוצה O ניוון שרירים O אלצהיימר O מחלת פרקינסון? [27]													
4 האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, וטרם נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, CT, MRI, אולטראסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה) אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? O כן O לא *													

חלק ב'												
5 גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)												
6 האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מכוס ביום)?												
7 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:												
א O קיבה [9] O מעיים [9] O ושת [9] O כבד [10] O צהבת [10]												
ב O מערכת העצבים * O אירוע מוחי * O אפילפסיה [22] O טרשת נפוצה * O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * O פוליו * O פרקינסון * O רעד * O אוטיזם * O תסמונת דאון * O שיתוק מוחני * O גידולי מוח * O גושה? עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)												
ד O אזניים [2]												
ה O לב [4] O כלי דם [7] O מחלת דם * O האם הופנית לצנתור שטרם בוצע או טרם נקבעה אבחנה?												
ו מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: O יתר לחץ דם [5] O סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) O שומנים גבוהים/כולסטרול [6]												
ז O ריאות ודרכי הנשימה [3] O סיסטיק פיברוזיס *												
ח מחלות של מערכת החיסון: O איידס /או נשאות HIV * O זאבת (לופוס) *												
ט O כליות [13] O בלוטת הערמונית(פרוסטטה) [14]												

ד. אישור תנאי קבלה
 אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים הכיסויים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:
 • תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של _____% עקב בעיית: לחץ דם כולסטרול שומנים בדם סוכרת סיבות אחרות: _____ חובה לפרט את סיבות/ות התוספת.
 • לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: סרטן _____ (יש לפרט את סוג המחלה) עיניים וראייה שמיעה אחר: _____.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 א. 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.
 ב. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 ג. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 2. אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

סעיפים חובה למענה

3. קבלת 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; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים; גבולות אחריות עיקריים; 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 כמפורט בסעיף 3 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות ל"הראל" ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

4. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

(א) 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 והפיננסים) 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.
 (ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
 אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsom או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

5. השוואה / ביטול

האם ברשותך 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 _____
 במידה והתשובה החיובית מתייחסת לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי: _____

במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם:

<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים/ים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים/ים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי* לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים/ים לבטל את הפוליסה הקיימת ברצוני/נו שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח הקיימת: <input type="checkbox"/> על ידי <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - שם חברת הביטוח המבטחת: _____ (יש לצרף לטופס הצעה זה טופס בקשת ביטול)

במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו ל/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (מחלות קשות, סיעוד, תאונות ומגן) נדרש לבצע השוואה רק אם בכונת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.
*לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.

6. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשך תהליך ביורר תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.

אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

7. ויתור סודיות רפואית: 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 הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לביורר ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש")** כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותינו על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שאנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואנינו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים 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 עובדינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.

תאריך	שם:	ת"ז:	מס' רישיון:	חתימה:	חותמת:
מבטוח ראשי					
בן/בת הזוג					
ילד מעל גיל 18					
ילד מעל גיל 18					
ילד מעל גיל 18					
ילד מעל גיל 18					
עד לחתימה (סוכן הביטוח):					

1. מידע למועמד לביטוח

1. לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטוח יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
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. **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, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
5. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אינם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בכתובת: www.harel-group.co.il
6. **במידה והנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים/מעשן:** כאשר תפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
7. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת www.mof.gov.il.
8. דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטוח במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטוח. גיל המבטוח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטוח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת, (לדוגמה: מבטוח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

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. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו.
ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il.
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים.
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.
 בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאיני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנהלים בחברתכם.

תאריך	שם המבטוח	מספר זהות	חתימה
מבטוח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			

ח. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

1. אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בירתתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. במקרה בו המועמד/ים לביטוח מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת
(יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)

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 המוצעת	<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

סיבה אחרת/פרוט נוסף:

לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול לפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

א תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה
 לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		בנק	סניף	
_____	_____	_____	_____	6 0 8

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש.מ. _____
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____ / _____ / _____.

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אינו/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק: _____ מס' ת.ז.הות / 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. יהיה 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.
 ד. יהיה 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 ותוספותיהן.
 תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ב הוראות בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינרס לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר: _____

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____ רחוב _____ מס' _____

ישוּב	מיקוד	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס _____ תוקף הכרטיס _____

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.
 ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.
 היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
 הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב'). לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:
 אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.
חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.

תאריך: _____ שם המשלם: _____ ת"ז המשלם: _____ חתימת המשלם: _____

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף "טופס הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה."

ד תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת. מספר פוליסה.

הצהרות בעל הפוליסה:

1. הפרמיה החודשית עבור הפוליסה תשלום מתוך החיסכון שייצבר בתכנית "מגוון השקעות אישי" (להלן: "פוליסת מגוון") על שמי. הפרמיות שישולמו מתוך פוליסת המגוון יהיו "משיכה" לכל דבר ועניין כהגדרתה בפוליסת המגוון ויחויבו במס רווחי הון בגין הרווחים הריאליים שייצברו עד מועד המשיכה.

2. מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש.

3. ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי הינה בכפוף לכך:
 א. בפוליסת המגוון קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪
 ב. לא מדובר בפוליסת מגוון ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)
 ג. אין עיקול על שמי

תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: _____



12/2020 27661.26 הראל 7007672

