

הצעה לביטוח סיכון למקרה מוות להבטחת החזר משכנתה / הלוואה (להלן: "פוליסת משכנתה") - משכנתא אקסטרא וביטוח מבנה הדירה

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: 03-7348394 או למייל: mashkantao@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

שם ומספר סוכן ביטוח חיים: שם ומספר סוכן אלמנטרי:
שם מפקח: מס' הצעה:

תאריך תחילת ביטוח: / /

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

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 רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	מס' ילדים
עיסוק						
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1)(4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1)(2) לחוק האמור חלות עליך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
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*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:						
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:						
כתובת דואר אלקטרוני:						
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו 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.						
לעדכן פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il .						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של 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 רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	מס' ילדים
עיסוק						
א. האם מדובר ברכישת דירה יחידה, כהגדרתה בסעיף 9(ג1)(4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג1)(2) לחוק האמור חלות עליך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
ב. האם מדובר ברכישת קרקע לבניה עצמית או בניה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבניה העצמית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון תחביבים רלוונטי*						
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*)						
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:						
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:						
כתובת דואר אלקטרוני:						

*ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il



שם הבנק המלווה			
מס' הסניף			
כתובת: רחוב	מס'	ישוב	מיקוד

ד פּרטי המשכנתאות/הלוואות (להלן: "נתוני ההלוואה/ות")

סכום הביטוח נקבע בין השאר על סמך הצהרתך בדבר נתוני ההלוואה/ות. הצהרה זו הינה עניין מהותי לצורך חישוב סכום הביטוח שישולם בהתאם לתנאי הפוליסה. סוג הפרמיה (תשלום חודשי) הינו פרמיה משתנה.				
הלואה מספר	1	2	3	4
מספר הלוואה				
יתרת הלוואה נוכחית				
ריבית שנתית*				
יתרת תקופה בשנים				
תאריך סיום ההלוואה				
סוג ההלוואה	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר
אנא סמן האם ההלוואה היא מסוג קרן עומדת במקום (לדוג': "בלון"/"גרייס מלא") או הלוואה מסוג החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים ("שפיצר")	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר	<input type="checkbox"/> קרן עומדת במקום שפיצר

הטבות משכנתא אקסטרה - רלוונטי לשני מבוטחים

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה וכל עוד מבוטחים בפוליסה שני מבוטחים יחולו הוראות אלה: בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים שנובע מאותה תאונה* בתוך תקופה של 12 חודשים, או בקרות מקרה ביטוח לשני המבוטחים בתוך תקופה של 30 ימים, יוכל סכום הביטוח לו יהיו זכאים המוטבים בגין כל אחד מהמבוטחים (בהתאם לסכום המבוטח במועד הארוע). סכום הביטוח שיוכל יהיה הסכום שנקבע בפוליסה, החברה תשלם לבנק את יתרת את ההלוואה כולל ריבית פיגורים ועמלת פירעון מוקדם והסכומים שיוותרו ישולמו למוטבים.

תנאי למתן ההטבה הנו שסכום הביטוח לכל אחד מבני הזוג לא יעלה על 2 מיליון ש"ח. במקרה שסכום הביטוח גבוה מ-2 מיליון ש"ח, ההטבות יינתנו עד לסכום של 2 מיליון ש"ח לכל אחד מבני הזוג.

*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".

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

1. הגיעו של אחד מהמבוטחים 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.

*שיעורי הריבית שישמשו לחישוב השתנות סכום הביטוח, הינם כדלקמן: במקרה בו תסומן ריבית שנתית קבועה - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס הריבית שתצוין, בכפוף לאמור להלן. במקרה בו לא תסומן ריבית שנתית שאינה קבועה ו/או תסומן ריבית שנתית ללא ציון סוג הריבית (קבועה / לא קבועה) - תחושב השתנות סכום הביטוח על בסיס ריבית שנתית של 3% צמודת מדד. במקרה בו תסומן ריבית פריים (p) ושיעור ריבית שנתית - תחושב השתנות סכום הביטוח באופן בו לסכום ריבית הפריים ושיעור הריבית השנתית יתווספו 2.5% על פי הנוסחא (p) + שיעור ריבית שנתית + 2.5%) (במקרה בו תסומן ריבית פריים בלבד, יבוצע החישוב על בסיס ריבית שנתית 0). יובהר כי בכל מקרה חישוב השתנות סכום הביטוח, יתבסס על ריבית שאינה פחותה מריבית שנתית של 2% צמודת מדד. בכל מקרה בו שיעור הריבית בהתאם לאמור לעיל אינו באחוזים שלמים או בחצאי אחוזים, הריבית שתחושב תעוגל לחצי האחוז הקרוב ביותר. (לדוג' - ריבית 4.2% תעוגל לריבית 4%. ריבית 4.8% תעוגל לריבית 5%).

ה מוטבים נוספים למקרה מוות* - סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למלווה הרשום לעיל כמוטב בלתי חוזר. יתרת סכום הביטוח אם קיימת, תשולם למוטבים הבאים:

מוטבים למועמד שני		מוטבים למועמד ראשון		מוטב ראשון
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	
מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	
% מיתרת סכום הביטוח		קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	מוטב שני
מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	
% מיתרת סכום הביטוח		קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	

*בהעדר מינוי מוטבים, יתרת סכום הביטוח תשולם בחלוקה שווה ליורשים החוקיים על פי דין או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

י ביטול פוליסת ביטוח חיים למשכנתא

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		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:
לא	כן	לא	כן	
				במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.
מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי: 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.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:		

07/2022 36492.51 ת"ד 1000 הראל

יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הינך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המציינות מטה אלא אם צוין אחרת בשאלה. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן (וי) במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המציינת 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. למבוסס 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

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
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:	ב' 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:	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:	ב' 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:
שאלון עישון: אנא סמן את המשפט הנכון עבורך <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> הניני 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"/> הניני 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"/> הניני 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"/> הניני 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
אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?				
סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?				
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				
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				
מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה				
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				
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				
<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)				
<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)				
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				
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"/> גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית				
<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס				
נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?				
תרופות: האם אתה/נוטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות?				

ת.ד. 36492.51 07/2022



שאלון/מידע ראשוני נדרש	מועמד שני לביטוח		מועמד ראשון לביטוח		
	כן	לא	כן	לא	
שאלון אישפוזים + דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)					14. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?
אם הבעיה בגינה הוצהר בשאלה זו בחיוב, לא דווחה בשאלה אחרת בהצהרה - יש לפרט - איזו בדיקה בוצעה, מתי, מה הייתה התוצאה, טיפול ומצב כיום (יתכן ותדרש בהעברת מסמכים בהתאם לפירוט)					15. 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 שני לביטוח			מועמד ראשון לביטוח		
במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:			במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:		
.....				
.....				
.....				
.....				
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.			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.		

ח ויתור על סודיות

מועמד שני לביטוח		מועמד ראשון לביטוח		
כן	לא	כן	לא	
				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 לבירור 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 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 עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ההראל 36492.51 07/2022

תיאור הרכוש

האם כתובת מבנה הדירה המוצע לביטוח שונה מכתובת המבטוח שצויינה בעמוד 1? לא כן
 אם כן, ציין את כתובת הרכוש המוצע לביטוח:

סוג מבנה הדירה - שים לב! פוליסה זו מכסה מבנה דירה אחת בלבד

ציין אחת מהאפשרויות שלהלן:

דירה בבניין דירות הבנוי מסיבי, כגון: בלוקים בית פרטי בנוי מסיבי (בלוקים ובטון) כולל גם מבנים בנויים מסיבי בית עץ (לא יבוטח בתכנית זו).
 ובטון/יציקות בטון;
 עם גג רעפים על מסגרת עץ;

האם קיימת בריכת שחיה לא כן בנייה מתקדמת (נא לפרט את חומרי הבנייה העיקריים):

האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מהווה דירה אחת? לא כן, אם לא נא ציין מספר יחידות הדיור במבנה:

שטח הדירה:	מ"ר (ברוטו). האם קיימים	הדירה בקומה:	סכום ביטוח למבנה הדירה:
תוספות ושניונים מיוחדים, נא פרט:	בבניין בן	קומות	(ערך כחדש)
מספר האנשים המתגוררים בדירה דרך קבע:	גיל המבנה:	מספר חדרים:	

כיסוי נזקי דליפת מים ונוזלים אחרים (נזקי צנרת)

1. האם ידוע לך במועד עריכת ביטוח זה על דליפת מים מצנרת דירתך? לא כן
2. האם צנרת המים בדירתך במצב תקין? לא כן
3. בחירת אפשרות השיפוי במקרה נזק (הינך רשאי לבחור מראש את האפשרות הרצויה לך מבין האפשרויות המפורטות להלן, והאפשרות שנבחרה תצוין במפרט הפוליסה).

אני מבקש לקבל שיפוי במקרה של נזק למבנה לפי האפשרות שלהלן:

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע שייבחר על-ידי המבטוח
 על-פי אפשרות זו המבטוח רשאי, במקרה נזק מים למבנה הדירה, לבחור את בעל המקצוע שיתקן את הנזק, לשלם את עלות התיקון, ולקבל שיפוי כספי מהמבטוח, בניכוי סכום ההשתתפות העצמית המוסכם לאפשרות זו, ובניכוי עלות "החזרת סכומי הביטוח לקדמותם" לפי תנאי החזרת סכומי הביטוח לקדמותם בפרק ג' - תנאים כלליים שבפוליסה. תגמולי הביטוח ישולמו למבטוח בכפוף להערכת שמאי מטעם המבטוח, שתעשה לפני ביצוע התיקון, ותהווה תנאי מוקדם לתשלום תגמולי הביטוח.

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטוח
 אם בחר המבטוח באפשרות זאת יבוצע התיקון על-ידי בעל מקצוע מתוך רשימה עדכנית שתוצג למבטוח, בקרות מקרה ביטוח מכוסה (בין היתר באתר האינטרנט של הראל). התיקון יבוצע על חשבון החברה (המבטוח) תשלום דמי ההשתתפות העצמית הנ"ל יבוצע על-ידי המבטוח ישירות לידי בעל המקצוע.

הפוליסה מוגבלת כך שאם בחרת באפשרות תיקון על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטוח, זכות בחירתך בשרברב או בבעל מקצוע אחר לצורך תיקון נזקי מים הוגבלה, והתיקון יבוצע על-ידי חברת שרברבים או בעל מקצוע אחר שפרטיו יימסרו לי על-ידי חברת הביטוח.

תאריך: חתימת המועמד לביטוח: 

פרק א' - ביטוח סכום נוסף בבית המשותף (לגבי סיכון רעידת אדמה)

האם ברצונך לרכוש ביטוח סכום נוסף?

לא כן. לידיעתך, הסכום הנוסף יהיה זהה לסכום הביטוח של המבנה.

דירה ריקה ממתגורר	ביטוח בחברות אחרות
האם מבנה הדירה המוצע לביטוח יהיה ריק ממתגוררים (דירה בלתי תפוסה) לתקופה העולה על 60 יום רצופים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, ציין את התקופה בה תהיה הדירה ריקה ממתגורר:	האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מוצע גם בחברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט שם החברה וסכומי הביטוח:
האם הינך מעוניין (בתוספת פרמיה) בכיסוי בעת שהדירה תהיה ריקה ממגורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן לידיעת המציע: עבור כיסוי מלא של הפוליסה כאשר הדירה אינה תפוסה, תחול פרמיה נוספת כמצוין בתעריף.	

עבר ביטוחי

האם במשך 3 השנים האחרונות חברת ביטוח כלשהי:

1. דחתה את הצעתך לבטח סיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן, פרט

2. ביטלה פוליסה שהוצאה עבורך בגין הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט

3. סירבה לחדש פוליסה שביטחה את הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט

האם במשך 3 השנים האחרונות:

4. נגרם נזק לרכוש הנ"ל כתוצאה מסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

5. הוגשה נגדך תביעה בנוגע לסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

אם אחת מהתשובות לשאלות 4 או 5 היא "כן", פרט מתי, בגין מה, ומי היה המבטוח:

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן
(א) האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח קיימת פוליסה לביטוח מבנה דירה- משכנתא בטוחה לנכס המבטוח (להלן - "פוליסה קיימת")?			
(ב) האם המועמדים לביטוח בעלי הפוליסה מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת שברשותם/ו?			
(ג) במידה וכן: <ul style="list-style-type: none"> הפוליסה בחברה אחרת - האם ברצון המועמדים כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונם לבטל: <input type="checkbox"/> על יד/ום <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום) <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס "בקשה לביטול פוליסה" או נספח ג'- "הצעה לביטול") שם חברת הביטוח המבטחת: הפוליסה הקיימת מתנהלת בהראל - יש לצרף טופס מתאים ("בקשה לביטול פוליסה" או נספח ג'- "הצעה לביטול" בהראל חתום על ידי המועמדים לביטוח בעלי הפוליסה. 			
(ד) אם צוין כי המועמדים אינם מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת יובהר למועמד כי: לידיעתכם, הכיסוי אליו הנר/כם כמועמדים לביטוח מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/כם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. הנני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הכיסוי הנוסף.			

הסכמה לשימוש במידע - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח	
לא	כן	לא	כן
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 פיננסים 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 לידיעתי 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			
הריני 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.hrel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.			

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 .			

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. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע 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.
--

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק.

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור.
ניתן לשלוח לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לשלוח בפקס לביטוח בריאות: 03-7348178 או למייל polisotbs@harel-ins.co.il.

א אבקש לבצע עדכון אמצעי תשלום

שם המבוטח בהראל: ת.ז.:

לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות:

לעדכון הלוואה מס':

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

ב 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)
		בנק	סניף		
.....	6 0 8

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש"ח:

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. אי/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.ז.הות / ח.פ.

מכתובת:

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
.....


מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, 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 ע"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.
- ההרשאה 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.

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/ן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון: 

בב 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.


ג תשלום בכרטיס אשראי

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינרס 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 שיונפק וישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: חתימת בעלי הכרטיס: 

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



dt3200

עמוד 9 מתוך 10

קוד מסמך 3200 - ביטוח חיים

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור

א פרטי המבוטח

שם המבוטח		ת.ז.		טלפון	
מכתובת:					
רחוב		מס'		עיר	
מס' פוליסה		מס' תשלומים		מס' פוליסה	
מס' תשלומים		מס' פוליסה		מס' תשלומים	
מס' פוליסה		מס' תשלומים		מס' פוליסה	

ב בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

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)
		בנק	5 0 7	
		סניף		

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש"ח _____
 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.ז.הות / ח.פ. _____ (הלקוחות)

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, 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.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

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: _____

בטופס זה - מקור אשר ישלח לסניף הבנק + 3 העתקים (חברת הביטוח, סוכן, מבוטח).



dt3200

עמוד 10 מתוך 10

קוד מסמך 3200 - ביטוח חיים