

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

מס' פקס: 03-7348190
כתובת מייל: idcompension@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

לתשומת ליבך, ניתן לעבור ממסלול ביטוח אחד לאחר, בהתאם לתקנון הקרן.

פרטי המבוטח		שם פרטי		שם משפחה	
מצב משפחתי	מס' ת.זהות				
א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>					
מיקוד	ישוב	מס'	רחוב		
	טלפון נייד	טלפון			
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -					
וזאת במקום באמצעות הדואר.					

מסלול ביטוח


הנני מבקש לבחור במסלול הביטוח המסומן (יש לסמן X במסלול אחד בלבד):

מסלול יסוד (מסלול ללא כיסוי ביטוחי לפנסיה נכות ושאימים)

מסלול פנסיה מקיפה

לטובת מעבר ממסלול יסוד למסלול פנסיה מקיפה, הנך מתבקש למלא את טופס הצהרת הבריאות המצורף בעמוד הבא.


תאריך.....

חתימת המבוטח 

הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

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) 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 לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך.....

חתימת המבוטח 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף הפנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

06.2020 27664.35 ת"ד 1951



הצהרת בריאות למועמד להצטרפות לקרנות הפנסיה של הראל (לא נדרש במקרה של הצטרפות לקרן "הראל פנסיה כללית" במסלול יסוד)

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

כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il
 מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280
 ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70


א פרטי המועמד

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	
מקצוע/עיסוק	מעסיק	תחביב	
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -			
וזאת במקום באמצעות הדואר.			

ב שאלות על מצב בריאותך

הנחיות כלליות
 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. יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן (לידיעתך, יתכן שתדרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה).

מס' שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1. א. משקל בק"ג..... גובה בס"מ.....			
ב. עישון: האם אתה מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן, ציין סוג וכמות.....			שאלון עישון (1)
ג. אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון אלכוהול (2)
האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה: אם הצהרת על בעיה בריאותית, יש למלא את השאלונים הרלוונטיים המצורפים לטופס ההצהרה.			
2. האם אתה סובל או סבלת מאחת הבעיות הרשומות להלן בחמש השנים האחרונות?			
א. מחלות לב <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם			שאלון לב (3), שאלון יתר לחץ דם (4), שאלון כלי דם (5)
ב. מחלת סוכרת			שאלון סוכרת (6)
ג. מחלת כבד			שאלון צהבת וכבד (7)
ד. מחלת סרטן, גידולים ממאירים וגידולים שפירים במח			יש לצרף דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
ה. איידס או נשאות לאיידס			פירוט ומסמכים רפואיים
ו. אירוע מוחי			פירוט ומסמכים רפואיים
ז. מחלות דם			פירוט ומסמכים רפואיים
3. האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה בחמש השנים האחרונות?			שאלון עצמות ושברים (8), שאלון בעיות מפרקים (9), שאלון ברכיים (10), שאלון גב ועמוד שדרה (11)
4. נכות, אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?			שאלון תאונות / נכות (12)
5. תרופות: האם את/ה נוטלת/תורפות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש השנים האחרונות?			יש לצרף פרוט ומסמכים רפואיים
6. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש השנים האחרונות?			שאלון אשפוזים וניתוחים (13). יש לצרף דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7. פירוט לסעיפים:			

תאריך: חתימה: 



שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	
<p>אני נותן בזה רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרופאים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכוניהם ומעבדותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור ל"הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהגני חולה או לוקה בו כעת ו/או שאחלה או אלקה בו בעתיד והגני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.</p>			
תאריך:	חתימת המועמד:		

ידוע לי שככל שיימצא שהפרטים שמסרת בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, שאיריי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

תאריך: חתימת המועמד: