

הצעה לביטוח הראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מהדורת 05/2019

שם הסוכן: מספר הסוכן: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה 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 ייחשב לך 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 וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

א פרטי המועמדים לביטוח

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח ודיווח שנתי, ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטי 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 שרשמית בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון 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	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים* רחוב מספר	כתובת זהה למבטח ראשי רחוב מספר	כתובת זהה למבטח ראשי 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	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים* רחוב מספר	כתובת זהה למבטח ראשי רחוב מספר	כתובת זהה למבטח ראשי רחוב מספר
יישוב	יישוב	יישוב

*חובה מגיל 18



^dt2583

ב תוכניות הביטוח המבוקשות (סמן ב-✓)

הראל אמצע החיים למשפחה*									
סכומי ביטוח בש"ח לחבילה לפי סוג החבילה				הכיסוי	בחירת המועמדים לביטוח סוג החבילה ומס' המנות				
פלטיניום	זהב	כסף	ארד		פלטיניום	זהב	כסף	ארד	
150,000	100,000	75,000	50,000	מוות מתאונה	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	מבטוח ראשי
150,000	100,000	75,000	50,000	נכות מתאונה	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	בן זוג
30,000	20,000	15,000	10,000	שברים וכוויות	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	ילדים 1
30,000	20,000	15,000	10,000	סיעוד מתאונה (תשלום חד פעמי)	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	2
450	300	150	100	אשפוז כתוצאה מתאונה	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3
תקרת שיפוי 20,000*				ניתוח פלסטי מתאונה	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	4
כתף: 8,000, ברך/קרסול: 5,000*				ניתוח אורתופדי	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	

*ברכישת חבילת ביטוח, סכומי הביטוח הינם בהתאם לרשום לעיל. למען הסר ספק, בעת רכישת שתי יחידות ביטוח ומעלה הסכומים אינם מוכפלים

נספחים	מבטוח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
נספח ביטוח החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לאמצע החיים	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק
נספח ביטוח החרגת ספורט אתגרי לאמצע החיים						
נספח ביטוח החרגת השתתפות פעילה של המבטוח בפעולה של המשטרה (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לאמצע החיים						

הרחבה להראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות

נכות תעסוקתית (עד 133 יומי) לבוגרים בלבד מעל גיל 21	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....
ימי המתנה	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
נספח ביטוח החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לנכות תעסוקתית	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק
נספח ביטוח החרגת ספורט אתגרי לנכות תעסוקתית						
תאונות אישיות (למבטוחים מגיל 3 ומעלה)*	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
מוות מתאונה (כיסוי בסיס)						
נספח נכות מתאונה						
נספח אשפוז מתאונה	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....	סכום פיצוי יומי: ש"ח.....
ימי המתנה:	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

*סכום הביטוח לילד (עד גיל 21) יהיה 50% מהסכומים המפורטים לעיל עבור מוות מתאונה, נכות מתאונה, שברים וכוויות מתאונה, סיעוד מתאונה ואשפוז מתאונה.

ג מוטבים במקרה מות המבטוח חו"ח (ברכישת תוכניות אמצע החיים ותאונות אישיות)

באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת/לאבחנה הסופית, בצרף בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

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

- האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?
- האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
 - 2.1 פרקינסון טרשת נפוצה ניוון שרירים
 - 2.2 ירידה בצפיפות העצם

לתוכנית נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:

3. האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי/י

במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם, תיגבה תוספת רפואית. האם אתה מסכים כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורך ו/או עבור ילדיך עד גיל 18 כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללות את הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לך ו/או לילדיך עד גיל 18, לפי העניין: תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם. כן לא

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

לרכישת כיסויים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.

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 עבורך 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 בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני/ו מסמי/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו ושירותי החברה עליהם מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורינו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

סעיפים חובה למענה

כן	לא
----	----

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 הביטוח; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות 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 להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

4. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

כן	לא
----	----

(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) 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 להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum 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.

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

כ	לא	5. השוואה / ביטול 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:
		במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.

<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי* לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידך/ם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:
--------------------------	---

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

6. **יותר סודיות רפואית:** אני/נו החתומים/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 למעורבות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידכם 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 תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

7. **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 להמשיך תהליך בירור 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).

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

עד לחתימה (סוכן הביטוח):
 תאריך: שם: ת"ז: מס' רישיון:
 חתימה:

1 מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול 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 עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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
- דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמה: מבוטח שגייע לגיל 40 ביום 10.1.2019 יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

הראל | תל אביב | 24909/25521 | 05/2019 | 7007672

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 המנוהלים בחברתכם.

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

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

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

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
Please be sure to complete this form precisely and in full

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
The form is intended for women and men alike

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

א תשלום בהוראת קבע לבנק

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

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

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

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

מכתובת: _____

רחוב	מס'	עיר	מיקוד
------	-----	-----	-------

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:

- עליו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ההרשאה 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.
- 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 ותוספותיה/ן.

חתימת בעלי החשבון: _____ תאריך: _____

ב הוראות בעל כרטיס האשראי

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

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
------	-----	------	-------

טלפון	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
-------	-----------	-------------	------------

מס' 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 שתחודשנה.

ההרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

חתימת בעל הכרטיס: _____ תאריך: _____

ג הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: _____ ת.ז.: _____

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

חתימת המשלם: _____ תאריך: _____

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

הראל 24909/25521 05/2019 7007672