

שם הסוכן: ..... מספר הסוכן: ..... התאריך המבוקש להתחלת הביטוח: .....

## חשוב לדעת:

- עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות 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 וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

## א. פרטי המועמדים לביטוח

### אופן קבלת הודעות ומסמכים:

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידע ועדכונים ביחס לפוליסות שלך אצלנו ב"הראל", יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהראל במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחלק הפרטים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסמן כאן ☐ לעדכון הפרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

מספר זהות	מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
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	<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						
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	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
עיסוק						
מצב אישי						
טלפון נייד						
כתובת דוא"ל						
כתובת מגורים			<input type="checkbox"/> כתובת זהה למועמד הראשי			
רחוב						
מס' בית						
יישוב						



^dt2355

סוג מסמך: 2355

שם התוכנית	ראשי סכום ביטוח בשר	בן/בת זוג סכום ביטוח בשר	ילד 1 סכום ביטוח בשר	ילד 2 סכום ביטוח בשר	ילד 3 סכום ביטוח בשר	ילד 4 סכום ביטוח בשר
1 מענקית סרטן - פיצוי למחלת הסרטן						
2 מחלות קשות פרימיום - מענקית זהב						

מענקית זהב: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים גיל כניסה מקסימאלי: 64

סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 700,000 ₪, ילד: עד 600,000 ₪

מענקית סרטן: גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים גיל כניסה מקסימאלי: 69

סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מירבי: מבוגר: עד 500,000 ₪, ילד: עד 250,000 ₪

-לרכישת כיסויי בסיס ונספחים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.


### ג. הצהרת בריאות (קוד פנימי - 30)

- הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
- 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 [ ], לדוגמה [4]. במידה ויש סימון \* לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- 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.
- יש לצרף שאלון ילדים במקרים הבאים: עבור ילד עד גיל 6 חודשים, או עבור ילד בגיל 6-12 חודשים שמבקשים לרכוש עבורו סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪.

ברכישת מענקית סרטן - יש לענות על חלק א'											
ברכישת מענקית זהב - יש לענות על חלקים א' + ב'											
חלק א'											
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מבוטח ראשי						
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 מגיל 16 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 <input type="checkbox"/> מחלה או גידול ממאיר (סרטן)*											
ב <input type="checkbox"/> קרון [9] <input type="checkbox"/> קוליטיס [9] <input type="checkbox"/> שחמת כבד* <input type="checkbox"/> צהבת - הפטיטיס (B,C)*											
3 האם עברת ו/או הומלץ לך ו/או הנך מועמד/ת להשתלה?											
4 האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים או אחיות), הקשורים ללב, סרטן השד, סרטן השחלות, סרטן הערמונית (פרוסטטה), סרטן המעי כולל פוליפוזיס משפחתי, כליות פוליציסטיות, סוכרת, מערכת העצבים: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, הנטינגטון [27]											
5 האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/ הרדמה) אם כן- האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *											
חלק ב'											
6 מגיל 10 בלבד גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)											
7 האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? [33] האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? *											
8 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
א <input type="checkbox"/> קיבה [9] <input type="checkbox"/> מעיים [9] <input type="checkbox"/> ושת [9] <input type="checkbox"/> כבד [10] <input type="checkbox"/> צהבת [10]											
ב <input type="checkbox"/> מערכת העצבים* <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> גידולי מוח* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* <input type="checkbox"/> פוליו* <input type="checkbox"/> פרקינסון* <input type="checkbox"/> רעד* <input type="checkbox"/> אוטיזם* <input type="checkbox"/> תסמונת דאון* <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין* <input type="checkbox"/> גושה* <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון?											
ג עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 8)											
ד אוזניים [2]											
ה <input type="checkbox"/> לב [4] 0 כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> האם הופנית לצנתור שטרם בוצע או טרם נקבעה אבחנה?											
ו מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6]											
ז <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס*											
ח מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV* <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס)*											
ט <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14]											

אני מסכימ/ה 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 סיבת/ות התוספת.
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: ☐ סרטן ..... (יש לפרט את סוג המחלה) ☐ עיניים וראייה ☐ שמיעה ☐ אחר:.....

מועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
בן /בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

## ה. התאמת מוצר (השוואה / ביטול)

כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית ביטוח מסוג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן: פוליסה קיימת)? הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:..... מידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי:.....

2. אם התשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם

☐ אני מעוניינת/להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף וללא שינוי.

אני מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית פרמיה נוספת.

חשוב לדעת: ברכישת כיסוי מסוג פיצוי, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך, וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.

☐ אני מעוניינת/להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי\*.

אני מאשר/ת את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.

חשוב לדעת: ברכישת כיסוי מסוג פיצוי, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך, וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.

\*לצורך הקטנת היקף הכיסוי ישל העביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.

☐ אני מעוניינת/לבטל את הפוליסה הקיימת.

ברצוני שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצוני לבטל:

☐ על ידי המבוטח

☐ על ידי סוכן הביטוח

☐ על ידי חברת הביטוח הראל (מצורף טופס ביטול) שם חברת הביטוח: .....

במקרים בהם ברשות המועמד/ים לביטוח פוליסה קיימת שברצונם לבטל או להקטין בה את היקף הפיצוי, וייקבעו לו/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.

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, יישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליך.
2. רשות שוק ההון ביטוח וחסכון מפרסת השוואה של פרימות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברת הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).

### 3. שליחת דבר פרסומת:

#### א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYS>; במספר 2735\*; קוד QR:



#### ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאת לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. \*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

#### תשומת ליבך, אי סימון לא ייחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

4. **פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

5. **למעשנים בלבד:** לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

6. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, "אדם עם לקות פיזית, נפשית, או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשרה בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.**

7. **גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח, וישתנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל ייקבע כאילו חל יום הולדת המבוטח, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשום בתעודת הזהות. למשל, אם חגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יחושב ה"גיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

## ז. הצהרת המועמדים לביטוח

יש לענות על השאלות לא/כן בטור המתאים:		לא	כן
---------------------------------------	--	----	----

### 1. קבלת מידע מהותי:

האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי/ההרחבה לפוליסת הביטוח הקיימת 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 וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגת בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטים מלאים עליה?

### 2. 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 מעוניינת 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](http://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.

חשוב לדעת כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניינת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

3. אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמינו/ועבורינו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

4. **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 נדרשת להמשיך תהליך בירור תנאי 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 המידית 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).

5. **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 לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת 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 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/ים על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.

6. **תנאי קבלה מיוחדים (החרגות ו/או תוספות):** במידה והכיסויים הנרכשים מחליפים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ילדי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכיסויים החדשים.

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות וניתנות מתוך רצוני החופשי, ומבקש/ת לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.  
אם הביטוח נרכש גם עבור ילדים קטינים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

מועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
בן /בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך: ..... שם: ..... ת"ז: .....  
מספר רישיון: ..... חתימה וחותמת: .....

ח. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

1. 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 המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
2. במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:  
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמיה בפוליסה המוצעת	נמוכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....
היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....
סכומי הביטוח/תקרות בפוליסה המוצעת	גבוהים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....
רמת השירות בחברה החדשה	טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: .....
פרוט נוסף	.....
	.....

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

תאריך: ..... שם הסוכן : ..... חתימת הסוכן: .....

- פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.  
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- לידיעתך,** ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.

## א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובת הסניף: .....

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	המוסד	קוד מסלוקה	סוג חשבון	מספר חשבון בנק
	608	בנק / סניף		

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב: ..... ₪. ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ..... / ..... / .....

☐ מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25

**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. זהות / ח.פ. ....

מכתובת: .....

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 שההודעה על כך תימסר לידנו 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 שבנינו לבין המוטב.
- הרשאה של יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנינו 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.

תאריך: ..... חתימת בעל החשבון: .....

## ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר .....	תוקף הכרטיס
	מס' הכרטיס

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

תאריך: ..... שם בעל הכרטיס: ..... ת"ז בעל הכרטיס: ..... חתימת בעל הכרטיס: .....




dt2511

סוג מסמך: 2511

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).
2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:  
חשוב לדעת, בקשה זו דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי				
שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	ישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? ☐ הורה ☐ ילד ☐ אחר .....

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			