

שם הסוכן:..... מספר סוכן:..... 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"הרצל", יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהרצל 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)

מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות					
שם משפחה					
שם פרטי					
<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
מין					
תאריך לידה					
קופת חולים					
שב"ן					
<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
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?					
עיסוק					
מצב אישי					
טלפון נייד					
כתובת דוא"ל					
כתובת מגורים: <input type="checkbox"/> כתובת זהה למועמד הראשי					
רחוב					
מס' בית					
יישוב					



## חשוב לדעת:

- כשרוכשים יותר ממנה אחת, סכומי הביטוח בכיסויים לניתוח פלסטי מתאונה וניתוח עקב פגיעה אורתופדית מתאונה וטיפול פיזיותרפיה, אינם מוכפלים ולא יעלו על הסכום המפורט בטבלה מטה עבור מנה אחת.
- במסגרת רשימת החריגים בביטוח זה, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח שנגרם עקב נהיגה ברכב דו גלגלי ו/או החל מגיל 21 - למקרה ביטוח שנגרם עקב רכיבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגוי וכיוצ"ב. ניתן לרכוש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכפוף לאישור החברה. **בכל מקרה לא יהיה כיסוי בפוליסה ככל שהנהיגה בכלי התחבורה הינה מתוקף עיסוקו של המבוטח.**

יש לסמן את תוכניות הביטוח המבוקשות						
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	סכומי הביטוח למנה אחת של "הראל ביטוח תאונות אישיות"
הראל ביטוח תאונות אישיות ניתן לרכוש עד 10 מנות	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מוות/נכות מתאונה 50,000 ₪
נספחים						
ביטול חריג ספורט אתגרי חובבני						שברים וכוויות מתאונה 10,000 ₪
פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית (ממל"ג גיל 21)	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	אשפוז כתוצאה מתאונה 100 ₪ ליום
ביטול חריג רכב דו גלגלי / אופניים חשמליים / כלי תחבורה דו גלגלי ממונע / טרקטורון (ממל"ג גיל 21)	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	סיעוד מתאונה 10,000 ₪
	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	סכום פיצוי יומי .....	ניתוח פלסטי מתאונה תקרת שיפוי - 20,000 ₪
	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	ניתוח עקב פגיעה אורתופדית מתאונה כתף: 8,000 ₪ ברך או קרסול: 5,000 ₪

למבוטחים בביטוח ריסק למוות ו/או נכות מתאונה בלבד או למבוטחים ללא שארים, המבקשים לרכוש את הביטוח ללא כיסוי מוות/נכות מתאונה יש לפרט את סוג החבילה המבוקשת. ניתן לרכוש עד 10 מנות.						
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
ללא נכות מתאונה	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	
ללא מוות מתאונה	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	
ללא מוות וללא נכות מתאונה	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	מנות .....	
נספח ביטול חריג דו גלגלי (ממל"ג גיל 21) / נספח ביטול חריג ספורט אתגרי ללא מוות/נכות מתאונה	<input type="checkbox"/> דו גלגלי <input type="checkbox"/> אתגרי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי <input type="checkbox"/> אתגרי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי <input type="checkbox"/> אתגרי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי <input type="checkbox"/> אתגרי	<input type="checkbox"/> דו גלגלי <input type="checkbox"/> אתגרי	

## ג. התאמת מוצר (השוואה/ביטול)

כן	לא	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח, פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן - "פוליסה קיימת")?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יש לפרט את שמות המבוטחים והכיסויים שברשותם: .....

## אם ענית "כן" - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי בקשתך בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך

<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי, ומאשר/ת את רכישת הכיסוי וגבית הפרמיה הנוספת.	<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ברצוני שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח בפוליסה קיימת:
<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי, ומאשר/ת את רכישת הכיסוי וגבית הפרמיה הנוספת.	<input type="checkbox"/> על ידי
להקטנת היקף הפיצוי בפוליסה הקיימת עליך להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.	<input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח
לידיעתך, הכיסוי אליו את/ה מבקש/ת להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה דומה לכיסוי שקיים ברשותך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.	<input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל
	שם חברת הביטוח המבטחת: .....
	(יש לצרף טופס בקשת ביטול)

הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה כן/לא. בסימון תשובה "כן", יש לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה בסימון □. בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כן) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

מועמד ראשי לביטוח		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1											
האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?											
2											
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:											
□ פרקינסון □ טרשת נפוצה □ ניוון שרירים											
□ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?											
ירידה בצפיפות העצם											
ברכישת נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:											
האם הנך כיום או היית ב-12 החודשים האחרונים באי כושר עבודה מלא או חלקי?											

במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם:

אני מאשר/ת בחתימתי כי ככל שיתברר במסגרת הליך חיתומי עבורי כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללת את הכיסויים המבוקשים תתווסף תוספת רפואית לפרמיה שתגבה בפוליסה אשר תופק עבורי - תוספת רפואית לדמי ביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם.

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



התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד 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. 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, זאת למעט במקרה שרכשת תכנית או כתב שירות, שניתנים לרכישה רק ביחד עם כיסוי בסיס מסוים. במקרה זה, יביא ביטולו של כיסוי הבסיס לביטול של תכנית או כתב שירות זה.
3. 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](http://www.mof.gov.il).

#### 4. שליחת דבר פרסומת:

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

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



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

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית 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 יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

5. **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 לזכרון 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 מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
6. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר 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.**
9. **בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבוצתי לביטוח פרטי:** חשוב לדעת שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אינם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ניתן ליצור איתנו קשר באתר שלנו בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) או דרך סוכן הביטוח שלך.
10. **גיל המבטח לצורך חישוב דמי הביטוח בביטוחי בריאות:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבטח במועד ההצטרפות לביטוח. הגיל ייקבע כאילו חל יום הולדת המבטח, ביום הראשון לחודש הולדת 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.
11. **בביטוחי בריאות תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר.**
12. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

#### 1. הצהרת המועמדים לביטוח

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

כן	לא

##### 1. 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 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, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטים מלאים עליהן?

##### 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 מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, 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 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 המידית לביטוח תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח.

5. **מינוי מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח** (ברכישת הראל ביטוח תאונות אישיות או מוות מתאונה) - באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות בקישור הבא: [www.harel-group.co.il/Insurance/personal-accident-requests/Pages/update-beneficiaries.aspx](http://www.harel-group.co.il/Insurance/personal-accident-requests/Pages/update-beneficiaries.aspx). בהיעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על פי דין בהתאם לצו קיום צוואה.

8. **ויתור סודיות רפואית:** אני החתומה/מטה נותנת/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 ל"הראל" (להלן: "**המבקש**") כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, ואני משחררת/אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרת על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.

**אני מצהירה/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
מועמד 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 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/ת, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם לצרכיו/ה, ומסרתי לו/ה את כל המידע המהותי הנדרש.
2. הריני מאשר בזאת כי צירוף המועמדים לביטוח המפורטים בטופס הצעה זה לביטוח תאונות אישיות, בוצע על ידי, כמתחייב מסעיף 3.1.2 (ז) לחוזר תאונות אישיות.
3. 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	<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 השרות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר.
פרוט נוסף			

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

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

1. **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 מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
2. **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)		קוד המוסד	קוד מסלוק	סוג חשבון	מספר חשבון בנק
		6   0   8	בנק	סניף	

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב: ..... ש. 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:

מס' ת. זהות / ח.פ.

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מכתובת:

מיקוד

עיר

מס'

רחוב

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו 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. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר לידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. 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.
- 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 תעשו 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 ותוספותיה/ן.

תאריך: ..... חתימת בעלי 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

1. לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.

2. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

3. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.

4. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.

5. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

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




^dt2511

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 זאת 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	יישוב	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.

**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 מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			