

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: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70.

בטופס זה, תקורות סכומי הביטוח הניתנות לרכישה כולל סכומי ביטוח אם קיימים בהרצל הינם:

א. מגן 1 - עד 1,500,000 ₪ בסה"כ

ב. אובדן כושר עבודה עד - 10,000 ₪ פיצוי

הכיסוי לאובדן כושר עבודה יימכר ככיסוי העומד בפני עצמו או בצירוף לכיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא.

ברכישת סכומי ביטוח הגבוהים מהתקורות המצוינות בטופס זה, יש למלא הצהרת בריאות מלאה כפי שמופיעה באתר החברה ו/או לבצע בדיקות רפואיות בהתאם להנחיות החיתום הנהוגות בחברה

**מס' הצעה/פוליסה למועמד לביטוח:** .....

שם סוכן: ..... מס' סוכן: ..... שם מפקח: ..... תאריך תחילת הביטוח: .....

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

פרטי המועמד לביטוח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנה פרט את המדינות: .....				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה: .....				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון נייד
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 אנה מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ככל שהתשובה חיובית, אנה מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> לתשומת ליבך, ככל שהנך מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי למקרה אובדן כושר עבודה, הרינו להודיעך כי קיימת החרגה לספורט אתגרי המופיע ברשימת ספורט אתגרי המפורסם באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> וכל זאת בהתאם לתנאי הפוליסה				
כתובת דואר אלקטרוני: .....				
מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הרצל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אנה סמן <input type="checkbox"/>				
לתשומת לבך: (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הרצל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל. (2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהרצל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>				

סוג הפוליסה המבוקשת לסיכונים (סמן ב-✓) כל הסכומים הינם מצטברים (כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)		
שם התכנית	סכום הביטוח למועמד לביטוח	גיל תום הביטוח
<input type="checkbox"/> הרצל מגן 1 (פרמיה משתנה כל שנה)	80 ₪	

הכיסוי הינו לגיל תום: ..... (ניתן 60-67). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.

הכנסה חודשית שאינה מבוססת בקופת ביטוח ו/או בקרן פנסיה	הכנסה חודשית בש"ח	סכום הפיצוי המבוקש בש"ח
הכנסה חודשית המבוססת בקופת ביטוח בהראל, ואינה מעניקה שיעור פיצוי חודשי מירבי כקבוע בתוכנית		
הכנסה חודשית המבוססת בקופת ביטוח בחברות אחרות, ואינה מעניקה שיעור פיצוי חודשי מירבי כקבוע בתוכנית		
סך הפיצוי החודשי המבוקש		

☐ הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה)  
פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח

נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:  
☐ הגדרת עיסוק ספציפי<sup>1</sup>  
☐ תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנציזה)<sup>2</sup> או ☐ קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)<sup>1</sup>  
☐ ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי  
☐ הגדלת גג חתם ל-25%  
☐ נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: ☐ 1% בשנה או ☐ 2% בשנה  
☐ תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

<sup>1</sup>בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.  
<sup>2</sup>מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת ההמתנה.  
<sup>3</sup>לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד חדש במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את תכנית הבסיס והנספחים הנותרים, אם קיימים.

ד המוטבים למקרה מוות <sup>4</sup>					
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
סה"כ					100%

<sup>4</sup>בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

## הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

- יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובה חיונית (כן) יש לצרף שאלון מתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [ ], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון \* (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- לידיעתך, בין אם התשובה לשאלה בנושא איידס ו/או נשאות HIV תהיה חיונית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש/י לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.
- אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

שם מועמד לביטוח	גובה	משקל	שם הרופא	קופת חולים
-----------------	------	------	----------	------------

## פרק א.1 - מיועד לכל מוצרי הביטוח

## מועמד לביטוח

- א' האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות?  
☐ לא ☐ עליה ☐ ירידה של ..... ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: ☐ דיאטה ☐ אחר, פרט .....
  - ב' שאלון עישון:  
**אנא סמן את המשפט הנכון עבורך**  
☐ מעולם לא עישנתי ☐ הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום: ..... במשך ..... שנים.  
☐ 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 לשנינו תעריך בכיסויים הרלוונטיים.

	שאלון/מידע ראשוני נדרש	מועמד לביטוח	
		כן	לא
ג'	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?		
ד'	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?		
2.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פרפיראלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב		
3.	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		
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה		
5.	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		
6.	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		
7.	<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)		
8.	<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)		
9.	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 כלייתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן		
10.	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"/> גאט <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוראטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית		
11.	<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס		

## א.2 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות 12 ו-13:

- א. ☐ מחלות עיניים ☐ הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
- ב. בעיות או מחלות הקשורות ל: ☐ אף ☐ אוזן ☐ גרון ☐ בעיית שמיעה
- ב. ☐ בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות ☐ כאבי גב ☐ בעיה בעמוד שדרה  
☐ מפרקים ועצמות ☐ בלט דיסק ☐ פריצת דיסק ☐ בעיות או קרעים ברצועות  
☐ בעיות או קרעים במינסקוס ☐ CTS ☐ אוסטיאומאליטיס כרוני

## פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

- 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?
- אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות?
- 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? ☐ לא, נא פרט מטה. ☐ כן

פירוט תשובות חיוניות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים).....



^dt3020

מועמד לביטוח		
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, <b>ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש</b> 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 עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

## השוואה / ביטול

מועמד לביטוח		
כן	לא	
		(א) האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")?
		במידה והתשובה לסעיף (א) חיובית יש לענות גם על הסעיפים הבאים:
		(ב) במידה והפוליסה בחברה אחרת - האם ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת שברשותך?
		האם ברצונך כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום) <input type="checkbox"/> חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול בחברה אחרת- חתום) שם חברת הביטוח המבטחת: .....
		(ג) ברכישת כיסוי מסוג ריסק למקרה מוות (מגן ו/או הכנסה למשפחה) והפוליסה הקיימת הינה בהראל: הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. האם הנך מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הכיסוי הנוסף?
		ברכישת כיסוי אובדן כושר עבודה - במידה שהמענה לסעיף א' חיובי, ובמידה שיקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיקלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו למועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.

## 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: <a href="mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il">unsubscribe1@harel-ins.co.il</a> ; <a href="https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS">https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS</a> ; במספר *2735; קוד QR:		
ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים: <input type="checkbox"/> 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.		

## מידע למועמד לביטוח

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.	
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיון.	
3. 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.	
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 הדיון, 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 <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a> .	
5. ההתקשרות עם קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.	
6. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, ייתכן שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>	
7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האיש" שלך שבאתר החברה.	
8. 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 על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.	
9. 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.	

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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 צירוףך לפוליסה.  
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז אתר 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](http://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.

אישור קבלת מידע מהותי

מועמד לביטוח		
כן	לא	
		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: <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> .

הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה. 2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי. 3. א. אני מאשר לסוכן 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. ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. ג. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).	תאריך:..... חתימת מועמד לביטוח:.....
---	---

הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס הצטרפות זה, ביררתי את צרכי המועמד לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת לי לו ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על פי תעודת הזהות שלו. תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימת הסוכן:..... 2. הצהרת הסוכן למסירת מידע מהותי: אני מאשר כי מסרתי למועמד מידע מהותי לגבי הביטוח המוצע, בהתאם לנדרש בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח. תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימת הסוכן:.....	
--	--

1. לידעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכולד על ידי חדרת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.

2. 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>.

תשלום בכרטיס אשראי

א

סוג הכרטיס:	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ישראכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דינירס	<input type="checkbox"/> אחר:
מס' כרטיס האשראי	שם בעל כרטיס האשראי					
מס' זהות	תוקף הכרטיס					
כתובת בעל הכרטיס						
<p>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.</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____</p> <p>אם בעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח, יש למלא הצהרת משלם חריג, הטופס מצוי גם באתר החברה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p>						

תשלום בהוראת קבע לבנק

ב

פרטי הוראה	סניף:	כתובת הסניף:
לכבוד, בנק:		
מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
		קוד המוסד
		בנק
		סניף
		6 0 8
<p><input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:</p> <p><input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - ש. _____</p> <p><input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.</p>		
לתשומת לבך,		
<p>■ אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p> <p>■ אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>		
1. אני/ו הח"מ:	שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' תעודת זהות / ח.פ.
מכתובת:		
רחוב	מס'	עיר
מיקוד		
<p>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).</p>		
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 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.		
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 תענו 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: _____		
מועד התשלום בהוראת קבע		
הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה- <input type="checkbox"/> 5 לחודש <input type="checkbox"/> 14 לחודש <input type="checkbox"/> 25 לחודש		
שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.		



dt3200

עמוד 6 מתוך 6

סוג מסמך 3200