

את התופס יש להעביר למייל: polisotbs@harel-ins.co.il

שם הסוכן:..... מוגר סוכן:..... התאריך המבוקש להתחילה הביטוח:.....

חשיבות

- עליך להסביר תשובה מלאה וכן לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולת להיות לכך השפעה על תשלום תגמולו הביטוחי.
  - מילוי הצעה זו עברו לידיים מוחתת לגיל 18 בוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורה על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמה הקטנית.

א. פרטי הקוועדים לביטוח

**אוף קבלת הודיעות ומסמכים:**

ישראל, יש לסתמן  לעדכון הפרטים ניתן להיכנס לאזרור האישី באתר החברה בכתובת [www.harel-qroup.co.il](http://www.harel-qroup.co.il)



## **חשיבות לידע:**

1. כשרוכשים יותר ממנה אחת, סכומי הביטוח בכיסויים לנתח פלסטי מותאונה וניתוח עקב פגעה אורתופדיות מותאונה וטיפולי פיזיותרפיה, אינם מוכפלים ולא יעלו על הסכום המפורט בטבלה מטה עבור מנה אחת.
  2. במוגרת רשימת החיריגים בביטוח זה, לא יהיה CISIO למקורה ביטוח שנגרם עקב נזואה ברכב דו-גלגלי / או החל מגיל 21 - למקורה ביטוח שנגרם עקב רכיבת באופניים חשמליים / או קורקינט חשמלי / או סגוי וכיו"צ. ניתן לרכוש נספח מותאים לביטול חיריגים אלו, בכספי לאישור החברה. **בכל מקרה לא יהיה CISIO בפוליסה ככל שהנחייה בכל תחבורת הינה מותוקף עיסוקו של המבוטח.**

**יש לנטו את תוכניות הביצוע המבוקשות**

סכום הביטוח למננה אחת של "הראל ביטוח תאונות אישיות"		ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	ראשי	הראל ביטוח תאונות אישיות
50,000 ₪	מוות/נכונות מתאונה	..... מננות	ניתן לרכוש עד 10 מנות					
10,000 ₪	שבירים וכוויות מתאונה							<b>נכסים</b>
100 ₪ ליום	אשפוז כתוצאה מתאונה							ביטול חריג ספורט אטגורי
10,000 ₪	סיעוד מתאונה							חובבני
תקרת שיפוי - 20,000 ₪	יתנות פלסטי מתאונה	סכום פיצויי יומי .....	פיצויי יומי בגין נוכחות תעסוקתית מתאונה (מעל גיל 21)					
כתר: 8,000 ₪ ברך או קרוסול: 5,000 ₪	יתנות עקב פגיעה אורטופדיות מתאונה	<input type="checkbox"/> דו גלגלי	ביטול חריג רכב דו גלגלי / אופנים חמשיים / כל/ תחבורה דו גללי ממונע / טרקטוריון (מעל גיל 21)					

למבטיחים בביטחון ריסק לממות / או נכות מתאונה בלבד או למבוטחים ללא שאריטים, בancockים לרכישת האבטיחות ללא כייסוי גוות/ביקות מתאונה יש לפרסט את סוג החכילה הנטבוקשת. ניתן לרכוש עד 19 נקודות.

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	ראשי	
..... מננות	לא נכות מתחונה					
..... מננות	לא מווית מתחונה					
..... מננות	לא מווית ולא נכות מתחונה					

ג. התחמת צואר (השווואה/ՐԻՊՈԼ)

<b>כ</b>	<b>לא</b>	<p>האם ברשות אחד או יותר ממהוועדים לביטוח, פוליסת ביטוח מסווגה של הפלישה אליה הוא מבקש להציג במසגרת טופס הצעה זו (<b>להלן - "פליסת קיימת"</b>)?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>לעומת את שמות המהוועדים והרכישות שרשומות:</p>

**אך אנו נון כי – אֵלֶיךָ כְּרָאִים כְּרָאִים רַבָּה בְּמִשְׁׂרָב לְפָנֶיךָ גְּדוּלָתֶךָ שְׁכָנָתֶךָ**

<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בזוקן ללא שינוי, ומאשר/ת את ברצוני שבકשת הביטול תישלח לחברת הביטוח בפוליסה קיימת:  <input type="checkbox"/> על ידי  <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח  <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל  ..... <input type="checkbox"/> שם חברת הביטוח המב탁ת: (יש לצרף טופס בקשת ביטול)	<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי, ומאשר/ת את רכישת הכסויו וגבית הפרטיה הנוסף.  <input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי, ומאשר/ת את רכישת הכסויו וגבית הפרטיה הנוסף.  להקטנת היקף הפיצוי בפוליסה הקיימת עליך להעביר בקשה מתאימה לחברת המבטחת.  <b>לידיעתך, הכסויו אליו אתה מבקש/ת להctrף הינו כסוי נוסף, המבטח מקרה דומה</b> <b>לכסויו שקיים ברשותך ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כסוי זה.</b>
--	---

**הנחיות לפני הצהרת הבריאות:**

יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה כ/לא. בסימון תשובה "כן", יש לסמן את המידע המבוקש גם בגין השאלה בסימון □.  
בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כן) יש לצרף תועדה עדכנית מהרופא המתפל בהתיחס לבעה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצטבר העדכני.

	1	האם הנך מוגבל/ת ביצועו אחרת או יותר מפעולות הבאות: לgom ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלווט על הסוגרים, נידות/הילכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לבצע אתו או יותר מפעולות אלו?				ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	ירידה בצויפות העצם פרקינסון □ טרשת נפוצה □ נוון שרירים	ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?
		ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מעמד ראשי		
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

**האם אובחנה אצלך מחלת, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:**

ירידה בצויפות העצם פרקינסון □ טרשת נפוצה □ נוון שרירים	ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	ברכת נכות תעסוקתית יש לענות <b>בנוסף</b> גם על השאלה הבאה: האם פיתת לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?
---	--	--	--

**במקרה של שאלה חיובית לשאלת בנושא של ירידה בצויפות העצם:**

אני מאשר/ת בחתימתני כי ככל שיתברר במסגרת הליך רפואי עבורי כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכללת את הנסיבות המבוקשים תתווסף תוספת רפואית לפרמייה שtagבה בפוליסה אשר תופק עבורי - **תוספת רפואי לדמי ביטוח בשיעור של 50% עבור ירידה בצויפות העצם.**

חתימה	תאריך	מספר זהות	שם המומען לביטוח	מעמד לביטוח
✓				מעמד ראשי
✓				בן/בת הזוג
✓				ילד מעיל גיל 18
✓				ילד מעיל גיל 18
✓				ילד מעיל גיל 18
✓				ילד מעיל גיל 18



התשובות המפורטות בהצהרת הביריאות וכל מידע אחר שיופיע לחברה וכן התנאים המקבילים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד להזיהה הביטוח בגין בני החברה והוא חלך בטלני נפרד ממנו.

1. תאריך תחילת הביטוח המכחיב הוא התאריך שייקבע לאחר הפתק הפלישה ויישם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליו.
2. הוספה כסוי נוספת, הרחבה או כתב שירות פוליסת הביטוח שברשותה נתונה לבחירתך והן רשאי לבחור בהם או לומר עליהם מבלתי שהדביר ופגע בגין תנאי הפלישה, זאת לפחות במקרה שכחשת תכנית או כתב שירות, שניתנים לרCHASE רק ביחיד עם כסוי בסיס מסוים. במקרה זה, יביא ביטולו של כסוי הביטוח לביטול של תכנית או כתב שירות זה.
3. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון פרסמה דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט. אפשרות אחרת של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון להיכנס למסגרת הביטוח לכיסוי יתרוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מدد המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרות להיכנס למסגרת הביטוח שרות חברות הביטוח בארץ ו保驾 טקסט מושך להונן ביטוח וחיסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).

#### 4. שליחת דבר פרסום:

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

הפרטים שמסרת יושמו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il)



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

בנוסף על פרסום מהחברה רשאית לשלווה לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפותה העסקית וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט.

\*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתנות שלה.

**תשומת ליבך, אי-אפשר לא吟שׁוב כסירוב לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות להזoor בר מוסכםך בכל עת.**

5. **פרטיות:** הראל פנסיה והראל פנסיה גומל בע"מ [הראל] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מותן שירותים, מנהל חי' מוצרים, טיפול בתביעות, תלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להטות ולחייב מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חקיקת למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו וכל הקשור בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פרסום נוסף זמין במידיניות הפרטיות באתר הראל הכללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עין ותיקון וכן הראה מדיוור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

6. **אם הנך ענה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998,** "אדם עם ליקות פיסית, ונשית או שיכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשללה מוגבל תפוקתו באופן מוחשי בתחום אחד או יותר מתחום החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטפס זה.

7. **בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבוצתי לbijoux פרט:** חשוב לדעת שהכניםים בפוליסת לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אין זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף איזור היקף הכספיים, ניתן ליצור איזור אחר שלו בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) או דרך סוכן הביטוח שלך.

8. **gil המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח בביטוחי בריאות:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד הה策ורנות לביטוח. הגיל יקבע כאמור חיל יומם הולדת המבוטחת, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרישום בתעודת הזהות. למשל, אם הגיע ים הולדת 40 ביום 10.1.2019, יוחשב ה"gil הביטוח" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

9. **בביטוחי בריאות תוספת רפואית לדמי הביטוח / או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תוחשנה מהתעריף הבסיסי של המזוזר.**

10. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפועל בנסיבות שרשותה, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעט לעת.

11. **בביטוחי בריאות תוספת רפואית לדמי הביטוח / או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תוחשנה מהתעריף הבסיסי של המזוזר.**

12. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפועל בנסיבות שרשותה, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעט לעת.

#### ו. הצהרת מוועדים לביטוח

יש לענות על השאלות כן/לא בטור המתאים:

כן	לא

1. **קבלת מידע מוצרי ביטוח:** האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח / או הוספה הכסוי / הרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח הקיימות שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל היותר, את תיאור עיקרי הכספי הביטוח, פרטיה הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחרות עיקריים; הودעה על קיומן של תקופת אכזרה, תקופת המתנה, החרוגת לכיסוי הביטוח, החרוגות בדבר מצב רפואי קודם, השתפותה עצמית (אם ישנה) והאפשרות לקבל פרטיהם מלאים עלייה?

כן	לא

2. **ນາשָׂק אַינְטְּרֶנְטָל לאיור מוצרי ביטוח:** רשות שוק ההון קימה אתר אינטרנט מואבטש שיאפשר לך לראות במרקורי הביטוח בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נعتبر אליהם. במידה ואניך מעוניין לנעריר את הנתונים, עירך ליצור קשר עם חברותנו. ככל שאתה מעוניין/ת כי נעיר את פרטיך לרשות שוק ההון, באפשרות להזoor על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקים באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרקורי המאובטש את מוצריו של הרשותה בכל חברות הביטוח בישראל. חשוב להזoor להזoor לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים.

חשוב לציין כי העברת הנתונים להסרת מידע כאמור, החלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהזאור בעבור שאתה מעוניין/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

3. אני מסמיך את סוכן הביטוח שלי בפועל, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקיים מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החזותם ולהליך ה策ורנות לביטוח.

4. **הליך策ורנות:** הרשות בידי החברה להחליט על קבלת策ורנות הצעה או דחייתה. לדייעתך策ורנות הצעה יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועדים לביטוח. אם בטופס策ורנות זה מובהקץ צירוף לביטוח של יותר מועדים אחד ותיקן לטעוף עד להשלמת ההליכים עבור כל המועדים לביטוח. תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפלישה עבור אף אחד מהמועדדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כל המועדים לביטוח.

5. **מינוי מוטבים במקורה מות המבוטח ח"ח** (ברכישת הראל ביטוח תאונות אישיות או מות מתאונה) – באפשרות למנוע מוטבים באמצעות בקשה לעדכן/שינוי מוטבים במקורה מות בקשר הבא: <http://www.harel-group.co.il/Insurance/personal-accident-requests/Pages/update-beneficiaries.aspx>

בביגוד מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על פי דין בהתאם לצוואה.

**8. ויתור סודיות רפואיים:** אני החתום/ה מטה נוتنת בהזה רשות לкопת חולמים /או למוסדותיה הרפואיים /או לצה"ל, וכן לכל הרופאים /או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל"ל /או לשירות הביטחון /או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, /או לכל מוסד וגופם אחר, **כל שדבר דרשו לבירור ושוב תביעות על פי הפלישה, ואו לצורך הליך בחלוקת קבליות לביטוח המבוקש** (להלן: "המבקש") כל מידע האישי בידיכם ואת כל הפרטים, תלא' ויצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידו המבקש, על מנת בריאותי על כל מחלת שחלה/ים בה בעבר /או שאני חולה/ים בה בעת /או שאחלה בה בעתיד, ואני משחררת/ת אתכם מחובת שכירה על סודיות רפואיים ומוטורת/ת על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי אליכם /או לבקשת כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחו החוקי וכל מי שיבוא במקומי. כתוב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.

**אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות ונitinות 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.

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

(עד לחותימה (סוכן הביטוח))

תאריך.....  
שם.....  
שם רישוי.....  
חתימה וחותמת.....

**ח. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח**

- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למטופרים בטופס הצטרפות זו, עמדתי בכל ההוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררכתי את צורכי המועמד/ת, הצעתי ביטוח /או הוסיף כיסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם לצרכיו/ה, ומסרתי לה/ו את כל המידע המהותי הנדרש.
- הריני מאשר בזאת כי צירוף המועמדים לביטוח המפטרים בטופס הצצה זה לביטוח תאונות אישיות, בוצע על ידי, כמתחייב מסעיף 3.1.2 (ז) לחוזר תאונות אישיות.
- במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסת הקיימת ולעבור לפוליסה אחרת:

להלן ההשווואה שערכתי בין הפוליסת המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמייה בפוליסת המוצעת	<input type="checkbox"/> נמוכה יותר	<input type="checkbox"/> ללאandel מהותי
היקף/תנאי הכספי בפוליסת המוצעת	<input type="checkbox"/> רחב יותר	<input type="checkbox"/> ללאandel מהותי
סכום הבטוחות / תקנות בפוליסת המוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללאandel מהותי
רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טוביה יותר	<input type="checkbox"/> ללאandel מהותי
פרוטו נסיך .....	אחר.....	אחר.....

לאחר בוחנת הפוליסת הקיימת מול הפוליסת המוצעת, המלazzi למועמדים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל

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



- לתשולם הפרימה **באמצעות תשלום חדש** עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרובות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטיו אמצעי התשלום החדש (בהתאם קבע או בכרטיס אשראי).
- لتשלום הפרימה באמצעות התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:**  
**חשיבות זהה לידעת, בקשה זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.**

אבקש לשולם את הפרימה 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 בעבר המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שלולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית /או שיקול אחר של החברה, יחולט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגש, 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 ומיל בע"מ [”הראל“] אוספת מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול ח'י מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםם והליך, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, בהתאם ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוות למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לסקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

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

#### לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם

