

מהדורת 2025/06 - תוקף הטופס: עד 31/12/2027

את הטופס יש להעביר למיל' בצוירוף מסמכים נוספים, אם צריך.

שם הסוכן: מספר הסוכן: התאריך המבוקש להתחלה הביטוח:

חשיבות לדעתך:

1. עליך להסביר תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולת להיות לך השפעה על תשלום תגמולו הביטוח.
2. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחותם עבורם על הצעה זו וחתיומו תחשב כהסכמה הקטני.

א. פרטי המועמדים לביטוח
אופן קבלת הודיענות ומסמכים:

מסמכים הפליסיה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידע ועדכוניים ביחס לפוליסות שלך אצלנו "הראל", ישלחו אליך למספר הטלפון הנ nied שלך שמעודכן אצלנו בהראל במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למיל', יש למלא את פרטיך בחלק הפרטיים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסתמן כאן לעדכן הפרטים ניתן להיכנס לאזור האשראי באתר החברה בכתב www.harel-group.co.il

שם	כתובת מגורים	רחוב	שם בית	יישוב	המשך?	מעש/עישנת בשנתיים	מין	תאריך לידה	קופת חולים	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	
ילדי 4	ילדי 3	ילדי 2	ילדי 1	בן/בת זוג	מוועמד ראשי לביטוח	מזהה	ילדי 4	ילדי 3	ילדי 2	ילדי 1	בן/בת זוג	מוועמד ראשי לביטוח	מזהה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה												
<input type="checkbox"/> כתובות דוא"ל	<input type="checkbox"/> טלפון נייד	<input type="checkbox"/> כתובת אישית	<input type="checkbox"/> עיסוק	<input type="checkbox"/> המשך	<input type="checkbox"/> כתובות דוא"ל	<input type="checkbox"/> כתובת אישית	<input type="checkbox"/> טלפון נייד	<input type="checkbox"/> כתובות דוא"ל	<input type="checkbox"/> כתובת אישית	<input type="checkbox"/> טלפון נייד	<input type="checkbox"/> המשך	<input type="checkbox"/> כתובות דוא"ל	<input type="checkbox"/> כתובת אישית
<input type="checkbox"/> כתובות זהה למוועמד הראשי													



^dt2355

סוג מסמך: 2355

שם התוכנית	רשמי	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
		סכום ביטוח בת									
מענקית סרטן - פיצויו למחלות הסרטן											

מענקית סרטן: גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. גיל כניסה מקסימלי: 69 סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ₪ סכום ביטוח מרבי: עד 500,000 ₪, ילד: עד 250,000 ₪
לרכישת CISCOM נוספים נספחים יש מלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.

ג. הצהרת בריאות (קוד פנימי - 3)

1. הצהרת הבריאות שלhalb, תחול לחוד על כל אחד מהbabאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
2. יש לענות על השאלות שלhalb בסימן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף החצורה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגרים מרובעים []. לדוגמה [4]. במידה ויש סימן * לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המתפל בהתייחס לביעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצטב העדכני.
3. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התיחסות לניתוכים, תרופות קבוצות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5-6 השנים האחרונות.
4. יש לצרף שאלון ילדים במרקם הבאים: עבור ילד עד גיל 6 חודשים, או עbor ילד בגיל 6-12 חודשים שמקשים לרכוש עבורי סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪.

למלה מגיל 16	אם הנך שותה/שתייה, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום?*	אם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמה סיגריות ביום? [26]	האם אובחנה אצלך מחלת, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
			לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1	<input type="checkbox"/> מחלת או גידול ממואיר (סרטן)*													
2	<input type="checkbox"/> קרון [9] <input type="checkbox"/> קוליטיס [9]	<input type="checkbox"/> שחמת CBD* <input type="checkbox"/> צהבת - הפטיטיס (B,C)*												
3		האם עברת ו/או הומלץ לך ו/או הנך מועמד/ת להשתלה?												
4		האם ככל שידעו לך, אובחנה מחלת ו/או הפרעה אצל קרוביו משפחה מדרגה ראשונה (הורם, אחיהם או אחיות), הקשורות לסרטן השד, סרטן השחלות, סרטן הערטונות (פרוטסטה), סרטן מעי הגב [27]												
5		האם הופניות וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלת אלוי הופניות בשנתיים האחרונות, ועודין לא נקבעה סופית? (הפנייה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: מוגרפיה, מיפוי עצמות, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא חלק ממוקב בירionario, ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, קוליפטוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה) אם כן- האם פרט על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *												

ד. אישור תנאי קבלת מרפא

- אני מסכימ/ה מרASH כי ככל שתתברר במסגרת הליך החיותם עבורי / או עBOR ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקט CISCOM המבוקשים CISCOM יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי / או לילדי עד גיל 18 , לפי העניין:
• תוסף רפואיות לדמי הביטוח בשיעור של % עקב בעית: לחץ דם כולסטרול שומנים בדם חובה לפחות את סיבת/ות התוסף.
 סוכרת סיבות אחרות:
• לא יכולת כל מקרה ביטוח הקשור ב- : סרطن (יש לפרט את סוג המחלת) עיניים וראייה שמיעה אחר...:

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

1. אם קיימת ברשות אחד או יותר מהמוסדים לביטוח תוכנית ביטוח מסווג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס
הצעה זה (להלן: הפוליסת הקיימות")?
הכיסויים הקיימים בפוליסת הקיימות:
במידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמוסדים לביטוח, נא ציין למי:
2. אם התשובה חיובית, יש לסקן בסעיפים הבאים מה האפשרות המתאימה בהתאם לפוליסת הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות

- בהתאם**

 - אנכי מעוניין/ת להשאר את הפוליסה הקיימת בתוקף ולא שינוי.**
אני מאשר/ת את רכישת הכספי וגובית הפרטיה הנוספת.
חשוב לדעת: ברכישת כספי מסוג פיצוי, הכספי אליו אתה מבקש/ת להצטרף הינו כספי נוסף המבטא מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבירך,
ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כספי זה.
 - אנכי מעוניין/ת להשאר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי*.**
אני מאשר/ת את רכישת הכספי מסוג פיצוי, הכספי אליו אתה מבקש/ת להצטרף הינו כספי נוסף המבטא מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבירך,
חשוב לדעת: ברכישת כספי מסוג פיצוי, הכספי הינו כספי נוסף המבטא מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבירך,
ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כספי זה.
***לצורך הקטנת היקף הכספי ישל העבריר בקשה מתאימה לחברת המבטחת.**
 - אנכי מעוניין/ת לבטל את הפוליסה הקיימת.**
ברצוני שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצוני לבטל:
 - על ידי המבוטח
 - על סוכן הביטוח
 - על ידי חברת הביטוח הראל (מצורף טופס ביטול) שם חברת הביטוח:

ו. חידש לטענת לרינוות

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר לחברת ון התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי להזיהה הבלתי נפרד קפיטלי בין לחברת ון לבין חברה ייחודה.

1. רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון מפרסת השוואות של פרומות הבטוח לכיסוי נזקוחים/השתלות/תרופות, בחברת הביטוח השונות בישראל וכן מدد המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרות להיכנס למחשבון השוואת ביטוח בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: www.mof.gov.il.
 2. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שיקבע לאחר הפקט הפוליסה וירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליו.

שליחת דבר פרסום:

א. הודהה על קבלת דבר פרטוסת של החברת:
הפרטים שמסרת יישמשו לצורוך משולח דברי פרטוסת מהחברה באמצעות דוא"ל אלקטרוני, מערצת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט. באפשרותך
למחוק כל דבר פרטוסת <https://www.harel-group.co.il/tt/OMLJYBS>-subscribe@harel-ins.co.il



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:

- כ. בוגר על פרטומות שהחברה רשאית לשולח לו בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרטומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שופfine העסקים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בע"מ ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה.

תשומות ליבר, או סימון לא ייחש כシリוב לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת, באפשרות לחזור ברשותם בכל עת.

פרטיות: הראל פנסיה וgemäß בע"מ והראל פנסיה וgemäß בע"מ [הראל] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, ניהול מוצרים מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםם והליךם, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתחאים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם במקרה שלא ניתן לבדוק את заявкתו למסור מידע, כאמור טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול תביאו לכך שלא תוכל לבדוק את заявкתו למסור מידע ולספק שירות. המידע יועבר לSOCON הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול וטיפול מוצרים ושירותים וכן לטפסים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוספת במודיעין הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם מוניה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ושיר בקישור [XSVCCTB/t/](https://www.harel-group.co.il/t).

5. **למעשנים בלבד:** לתשומות ליבר, ככל שהוא מפסיק לעשן לתקופה מסוימת של שנתיים ומעלה, אני עדכן את החברה לצירוף תצהיר מתחאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסזה.

6. אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמצווג בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, "אדם עם ליקות פיסית, נפשית, או שכלית לרבות קוגנטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפוקתו באופן מוגזם מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.

7. **gil המבוסח לצורך חישוב דמי הביטוח:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוסח במועד הה策רפה לביטוח, ישנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל יקבע כאמור גיל המבוסח, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשם בתעודת הזהות. למשל, אם חגגת يوم הולדת 40 ביום 10.1.2019, יוחשב "gil הביטוח" שרך C-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

8. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעט לעת.

		יש לענות על השאלות לא/כן בטור המתאים:
כן	לא	
		<p>1. קיבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח /או הוספת הכספי/ההרחבה לפוליסת הביטוח הקיימת בשרשורת, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפלחות, את תיאור עיקרי הכספי הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחרות עיקריים; הودעה על קיומן של תקופת אכשלה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוח; החרוגת בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטיהם מלאים עליהם?</p>
		<p>2. ממוקם אינטרנטני לאיתור מוצר בביטוח: רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מואבטה שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת בסיס נתונים שאתה נושא לו כל קשר עם חברות הביטוח. ככל שאין מעוניינת/ת כי נubbyר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטיך, או למלא טופס בקשה מתאים הקיימים באתר האינטרנט של החברה בכתובת זו www.harel-group.co.il.</p>
		<p>לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.</p> <p>באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטיך.</p> <p>חשוב לציין כי הוגש בקשה להסרת מידע כאמור, החלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאתה מעוניין/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסת זו.</p>
		<p>3. אנו/נו מסמירים את סוכן הביטוח שלו/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקביל "הראל" "בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמיכים הקשורים להליר החותם ולהליר ההצעה לפוליסת זו.</p>
		<p>4. הליר ה策טרופות: הרשות בדי' החברה להחלת הצעה או דחייתה. לדיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב כל המידעים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממונעמד אחד וחילק ממונעמדים לביטוח נדרשים להמשך תהליך בירור תנאי חיותם וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמונעמדים לביטוח, ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ה哈利כים עבור כל המידעים לביטוח.</p>
		<p>אני מעוניין כי אם חלק מן המידעים לביטוח ידרשו להליכי חיותם, מוביל להמתן להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המידעים לביטוח (נא לסייע אם הנר מעוניין).</p>
		<p>5. יותר סודות רפואיים: אני/נו החתום/ים מטה נזקק/ים בזה רשות לקובעת חולמים /או למוסדות רפואיים /או לצה"ל, וכן לכל הרופאים /או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל"ל /או למשרד הבריאות הרופאים /או לצה"ל, וכן לכל מוסד וגופם ("המבקש") כל מידע האישי בידיכם ואת כל הפרטיכם, ללא יצאת מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותו/נו על כל מחלתו שחליתו/נו בה בעבר /או שאנו/נו חולחה/ים בה כעת /או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובות שמירה על סודות רפואיים ומומריהם על סודות זה או כלפי "המבקש", ולא תהינה לי/נו אליכם /או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתוב ויתור זה מחיב/נו את עזבונו/נו ובאי כוח/נו החזקינו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.</p>
		<p>6. תנאי קבלה מיוחדים (החרוגות /או תוספות): במידה והנסיבות הנרכשים מחייבים כסויים קיימים בראותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי /או עברו לידי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכספיים החדשניים.</p>

אם בנסיבות ובנסיבות מיוחדות הבלתי נורווגי, בנסיבות צבאיות, מחייב גם עליהם
אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות ונitinoot מתוך רצוני החופשי, וUMBRAKSH/T לבטח אותן בהסתמך על כל האמור
בהצעה זו.

שם המועמד לביטוח	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	תאריך	חתימה
םבוטח 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 רישויון: חתימה וחותמת:

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

1. אנו מאשר כי בנסיבות הליך המכירה לモצרים המפורטים בטופס הцטרפות 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 כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ם לצרכיו/ם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
 2. במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל: להלן ההשווואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסת המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

2. במקורה ב*המודם/ת* לביוטו מבקשת לבטל את ההפלישה הקיימת ולעbor לפוליסה בהראל: להלן ההשואה שערכתי בין ההפלישה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהגנושאים המפורטים):

נמוכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
גבויים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:
טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט:

פרימה בפוליסה המוצעת

היקף / תנאי הכיסוי בפוליזה המוצעת

סקומי הביטוח/מקורות בפול'יסה הטעונית

רשות השידור

פרק עז

לאחר בחינת הפליהה הקבעת תול הפליהה המואצת. הפלאתם למועדן/ו' לביטוח לעובר לפלייהה בהראל

תאריך: שם הסוכן: כתובת הסוכן:

נא הקד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מוועדי הגבייה: בתשלום בכרטיס האשראי - בהתאם להסדר של המבוקש עם חברת האשראי
בתשלום בהוראת קבוע - בהתאם למועד החיבור הנחוגים בחברה.

1. **פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וgmail בע"מ [הראל] אוספת מידע לצורך צירוף למצרים, מתן שירותים, תפועל וניהול ח"י מוצרים, טיפול בתביעות, תלומים והיליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם במקרים שלא לבחירה שלם למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבדוק את заявкתה ולספק שירות. המידע יועבר לספקן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בעקבות ובכל הקשרו בניהול פירוט נוסף זמין במידיניות הפרטיות באתר הראל הcoilhet גם את דרכי ההתקשרות עם מונונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרת מדויוק לשירות בקשר האשראי/הבנק, על מנת הגביה בהן תחביב החברה לצורך ביצוע חיבור חוזר, ככל ותחביב, יגבו אמצעי התשלום הקיימים בפוליסת.
2. **לידיעתך,** ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכבד על ידי חברת האשראי/הבנק, על מנת הגביה בהן תחביב החברה לצורך ביצוע חיבור חוזר, ככל וככבוד, יגבו אמצעי התשלום הקיימים בפוליסת.

א. תשלום בהוראת קבוע לבנק

לכבוד, בנק: סניף: כתובות הסניף:

שם החברה/שם מזוהה של הלוקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	המודס	בנק סניף
.....	608	בנק סניף	/	/

הרשות הכללית, שאינה כוללת הגבלות. או -

הרשות הכללית לפחות אחת מההגבלות הבאות:

..... מועד פקיעת תוקף הרשותה - ביום נ. תקרת סכום החיבור: / /

מועד גבייה: 5-10-15 / 20-10-2025

لتשומות לבך.

אי סימן אחת מהחולפות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשות הכללית, שאינה כוללת הגבלות.

אם ישלו על ידי המוטב חיבורים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלוקוח, הם יוחזו על ידי הבנק, על כל המשמעות הכרוכות בכך.

..... אני/ה חח"מ: שם בעלי החשבון כמפורט בספרי הבנק מס' ת. זהות / ח.פ.

מכתבות:

..... רחוב מס' מיקוד עיר מסקנים בהזאה להקים בחשבון הניל (החשבון) הרשות להיבור חשבונו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המודס, בכפוף למוגבלות שסומנו לעיל (כלל שסומנו).

2. כמו יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהمطلوب את הפרטיהם הנדרשים למילוי заявкתה להקמת הרשותה להיבור החיבור. הרשותה זו ניתנת לביטול ע"י הרשות הכללית, יודעה בכתב מאטנו לבנק שתכנס לתוקף יומם עסיקים אחד לאחר מתן הודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הרשות הכללית.

ב. נהייה לארשאים לבטל חיבור ע"י הרשות הכללית, יודעה בכתב מאטנו לבנק שתכנס לתוקף יומם עסיקים אחד לאחר מתן הודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הרשות הכללית.

ג. נהייה לארשאים לבטל חיבור, היזכי יעשה בערך יומם מתן הודעה לבנק, לא יותר מ-3 ימי עסיקים לאחר מועד החיבור. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, היזכי יעשה בערך יומם מתן הודעה לבנק, לא יותר מ-3 ימי עסיקים לאחר מועד החיבור. ככל שהודעת נהייה לארשאים לדרש מהבנק, בהודעתה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אינו תואם את מועד פקיעת התקף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבנוינו לבני המוטב.

ו. הרשותה של יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיבור האחרון, בטלה.

ז. אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשותה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנוינו לבני הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציא לנו מן ההסדר המפורט בהרשותה 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.

פרט הרשותה:
לקוח נכבד, סכום החיבור ומועדיו יקבעו מעת לעת על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית / או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסת/ות ותוספותיה/ה.

תאריך: חתימת בעל החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסווג: <input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> יהה כל <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	שם הלקוח
תוקף הלקוח	שם הלקוח

1. **לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוקחים בפוליסת/ות.**
2. **סכום הביטוח ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.**
3. **כל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי התשלום בגין החובים הנובעים מפוליסת/ות החיבור לצערו לאמצעי תשלום אחר.**
4. **היה ופוליסת/ות הביטוח תחוודה/נה, יחויב אמצעי התשלום בגין החובים הנובעים מפוליסת/ות שתchodש/נה.**
5. **הרשותה זו תהיה בתוקף גם לחוב כרטיס שיוופק ויישא מספר אחר, ככלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.**

תאריך: שם בעל הלקוח: ת"ז בעל הלקוח: חתימת בעל הלקוח:



dt2511

סוג מסמך: 2511

ג. הוספה מבוטחים לפוליסת קיימת

1. לתשלום הפרטיה באמצעות **תשולם חדש** עבור כל המבוטחים בפוליסת (לרבבות אלו שמצורים בהצעה זו) יש למלא את פרטיו באמצעות החדש (בהוראות קבוע או בכרטיס אשראי).
2. לתשלום הפרטיה באמצעות **אמת ערך התשלום הנוכחי בפוליסת יש לחתום מטה:**
חשיבותם של דעתך, בקשה זו דורשת את חתימת המשלם בפוליסת.

אבקש לשלם את הפרטיה בגין צירוף המבוטחים הננספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסת היום.

שם המשלם	חתימת המשלם	תאריך	מספר זהות המשלם	חתימת המשלם
				

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

שם המשלם שאינו המבוטח הראשי	טלפון נייד	רחוב	מספר	יישוב	שם המשלם

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? הורה ליד אחר

דוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסת וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסת, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יחולט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.
נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסת יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	חתימת המשלם	תאריך	מספר זהות המשלם	חתימת המשלם
				



dt2550

סוג מסמך: 2550