

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
השימוש בטופס זה מאושר על פי מועד גרטתו האחורה בחברה.

יש למלא את הטופס ולהזирו לפחות ביום חיימם 03-7348169 או למיל 70-28-700-70-1. יש לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 70-28-70-1.

סכום הביטוח המרביים הנדרשים לרכישה על פי טופס זה, כולל סכום ביטוח הקיימים בהראל, אם קיימים, הינם:

סוג הכספי	מבוטח עד גיל 51 ועד 60	מבוטח עד גיל 50
מגן 1 / או מגן חודשי*	עד 2,000,000 ש"כ	עד 1,000,000 ש"כ
*במצרך מגן חודשי, סכום הביטוח הוא הסכם החודשי מכפל במספר החודשים שבמהלך שלומו תגמולי הביטוח		

ברכישת סכומי ביטוח הגבוהים מהתקנות בטופס זה (בכיסוי מטריה סך הפיצוי החודשי לא עלתה על 50,000 ש"נ), יש למלא הצהרת בריאות מוח却被ת כי שופעה באחר החברה ו/או לבצע בדיקות רפואיות בהתאם להנחיות הנהוגות בחברה.

מס' הצעה/פוליסת למועמד לביטוח:

שם סוכן: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:
שם לב, עליך להשבה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהייה לך השפעה על תשולם תגמולי הביטוח.
אניichert, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסת, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

A פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כלול ס"ב)	תאריך לדה	מין <input type="checkbox"/> נ <input checked="" type="checkbox"/> ז	עיסוק
מצבי אישיות: <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	רחוב	מושב	מיקוד	רחוב
טלפון נייד	טלפון חוליים	טלפון			

כתובת דואר אלקטרוני
מסמכים הפליסת דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים ישלחו אליו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים בשרות הראל במועד המשלו.
אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אלא סמן

לתשומת לבך:

- (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים בשרות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל.
 - (2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למטופלים שלך בהראל ישלחו לפרטיו הקשר המעודכנים אצלנו במועד השילחה, כפי שרשמה בטופס זה או בהתאם לעדכון והודעות שימורנו לנו מעט לעת.
- לעדכן פרטיים ניתן להכנס לאזרור האישית באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il

B סוג הפוליסת המבוקשת

סכום ביטוח מינימום במצרך מגן 1 / או מגן חודשי הינו 500,000 ש"נ במצטרב

שם התכנית	סכום הביטוח	תקופת ביטוח עד גיל מקסימלי
<input type="checkbox"/> מגן חודשי (פרמייה משתנה כל שנה) <input type="checkbox"/> תקופת תשלום סכום הביטוח: ■ 10 שנים <input type="checkbox"/> ■ 15 שנים <input type="checkbox"/> ■ 20 שנים <input type="checkbox"/> ■ 25 שנים <input type="checkbox"/> ■ 30 שנים <input type="checkbox"/>	80	██ סכום ביטוח חודשי ש
<input type="checkbox"/> מגן 1 (פרמייה משתנה כל שנה) כולל הטבת ברות ביטוח*	80	██

מטריה ביטוחית - תינתן הנחה בשיעור 10% לכיסוי מטריה למשך 5 שנים

*בעת גידול בהכנסה, יכול המבוטח לבקש להוסיף סכום ביטוח נוסף למקרה מוות, ללא חיתום חדש (בהתאם לתנאים כפי שייהיו קיימים באותה עת), בשיעור של עד 15% לשנה מסכום הביטוח, אך לא יותר מ-50% במצטרב מסכום הביטוח המקורי.
האישור להוספת סכום הביטוח מותנה בכך שהבקשה תועבר לחברת עד 3 חודשים ממועד הגדלת ההכנסה ובכפוף להוכחה שהכנסתו כפי שדווחה לרשותה המספר גילה לפחות באותו שיעור.



dt3005

פרטים על קרן הפנסיה:

- שם הקרן: הראל פנסיה אחר
..... אחזוים.
- סך שיעור ההפקדות לקרן הפנסיה (תגמולים ופיצויים):
..... ש"ח (השכר המבוטח במסגרת המטריה לא יהיה גבוה מ-40,000 ש"ח)
- שכר מבוטח בקרן הפנסיה
..... תאריך הצטראפות לקרן הפנסיה

כיסוי מטריה משילמה לקרן הפנסיה:

- סכום הפיצוי החודשי המבוקש הוא ש"ח ולא יותר מ-75% מהשכר (סכום הפיצוי המבוקש יהיה זהה או נמוך מסכם הפיצוי הנוכחי בקרן הפנסיה)
- הכספי במטריה הינו לפחות 65 (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תרוויה 67)
- יש לבחור לפחות אחד מכיסויי הבסיס שללה:
 - הגדרת עסק ספציפי
 - כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה, על-פי הגדרת עסק ספציפי עבור עסקים שהוגדרו על ידי החברה.
 - ביטול קיזוז תגמולי בטיחות לאומי
 - תשלום פיצויי חודשי בגין תגמולי הביטוח הלאומי שקווזו על ידי קרן הפנסיה התשלום לא יהיה על 100% ולא יפחת מ-30% מהפיצוי החודשי שנרכש
 - כיסוי לתקופת אישורה בקרן הפנסיה
 - במקרה של אובדן כושר עבודה אין בגין זכאות לקבלת תשלום מקרן הפנסיה מאוחר שארע במהלך תקופת האישורה בקרן הפנסיה (5 שנים ממועד הצטראפות לקרן), הראל ביטוח תשלם את תגמולי הביטוח, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - לתשומת הלב, כי במקרה שבו חלפו 5 שנים ממועד הצטראופת לקרן הפנסיה, אין צורך ברכישת כיסוי זה.
 - כמו כן, לדיוקן, כיסוי זה לא ניתן לרכוש בלבד, אלא בנוסף לאחד מהכיסויים הנוספים המוצעים ממעלה במסגרת המטריה הביטוחית.

הרחבות נוספת:

- תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'זה) - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו ממעלה
- נכות מתפתחת - האגדלת תגמולי בטיחות במקרה של אובדן כושר עבודה: 1% בשנה או 2% בשנה - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו ממעלה
- תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעט הגדרת עסק ספציפי

חשיבותם המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים:

- תקופת המתנה: שלושה חודשים
- הפרמייה משתנה כל שנה
- הפרמייה צמודה למדד המחרירים לצרכן
- לכל אחד מהכיסויים עלות נפרדת
- שחרור הפקדות לקרן הפנסיה - בעת רכישת כיסוי עסק ספציפי עדות בטופס זה הפנסיה) בשיעור הפקודות כפי שדווח בטופס זה
- התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים

חשיבותם של הרישיון:

1. אני מצהיר כי ביצעת את כל החובות המוטלות עלי בהתאם להזיהוי תכניות ליבור שירוב אובדן כושר עבודה (חו"ר מס' 2019-1-5 או כל חוות אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית.
2. אם נרכש כיסוי לpei הגדרת עסק ספציפי - אני מצהיר כי פירתי למועד לביטוח את האירועים הביטוחיים שבಗינם יש צורך בכך כי והוא העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח בנסיבות אירועים, ביחס לנטיינו במועד המכירה, אם לא ירכוש כיסוי זה.



חתימת בעל הרישיון:

תוכנית המטריה הביטוחית הנה בין השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אולם יתרונו הנובעים בגין הנסיבות המשתנות בשכר המבוטח / או הצמדת כיסוי המטריה הביטוחית למדד ולא לשכר. בכל שינוי בגין השכר בקרן הפנסיה המבוטח נדרש לעדכן את חברת הביטוח בשינויו על מנת לעדכן את תוכנית המטריה. עדכן כאמור יכנס לתקוף רק לאחר קבלת הסכמת חברת הביטוח בכתב.

המוותבים למשך מות*

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלה באחזוים
.1					
.2					
.3					
.4					
.5					
.6					
100%	סה"כ				

* בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

mo'edet lebitot	לא	כן
		אם עובדתך מחייבת שהיא בחו"ל? אם כן: מועמד ראשון - כמה ימים בשנה? באילו מדינות?
		מעומד שני - כמה ימים בשנה? באילו מדינות?
		אם הנך בעל רישיון טיס / איש/אשר צוות אויר / חניך במהלך לימודי לקבלת רישיון טיס / בוגנתר לטוס שלא בכו אוויר או זרחי? אם כן - יש לצרף שאלון טיס]
		אם יש לך תחביב מסוים או הנך עוסקת/ת בפעילויות ספורטיביות אתגרית? אם כן - יש לצרף שאלון תחביבים]

הצהרת בריאות (קוד הצהרה 30)

הנחיות לפני הצהרת הבריאות:

1. יש לענות על השאלה בסימון ✓ בטoor התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסתמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימן תשובה חיובית (כן) יש לצרף שאלון מתאים להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספקו מופיע בסוגרים מרובעים [], למשל [4]. במידה יש סימן * (כוכבת) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המתפל בהתייחס לבעה המזוהה, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצבי העדכני.
2. ליזעטך, בגין אם התשובה לשאלת נושא אידס / או נשאות HIV תהיה חיובית ובין אם תהיה שלילית, תחקן ותידרשן לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.

פרק א'

1. גובה (בס"מ)

2. משקל (בק"ג)

האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כן לא
אם כן, מועמד ראשון - כמה סיגריות ביום?, מועמד שני - כמה סיגריות ביום?

mo'edet lebitot	כן	לא
		2. מערכת העצבים/המוח* <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> פרקינסון* <input type="checkbox"/> גידולי מוח* <input type="checkbox"/> נוין שרירים או מחלת ניוונית אחרת* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22]
		3. מחלת נפש מאובחנת, לרבות חרדה, דיכאון, OCD ופוסט טראומה (PTSD) [25]
		4. עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפים רק מספר העדשות מעל 8)
		5. אוזניים ושמיעה [2]
		6. <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם*
		7. האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמר על דיאטה לצורך טיפול?: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12]
		8. ריאות ודרכי הנשימה [3]
		9. <input type="checkbox"/> מערכת העיכול [6] <input type="checkbox"/> CBD או צהבת [10]
		10. <input type="checkbox"/> אידס / או נשאות HIV* <input type="checkbox"/> זבת (לופוס)*
		11. קליות [13]
		12. <input type="checkbox"/> גב ועמוד שדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכים [20] <input type="checkbox"/> מפרקים/מחלות מפרקים [18] [19] <input type="checkbox"/> פיבромיאלגיה*
		13. גידולים ממאיירים*/ מחלות ממאיירות (סרטן)*

חלק ב': שאלות נוספת

		1. א. האם הנך משתמש/ת או השתמשה בשםים [33]? ב. האם הנך שותה/שתייה, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום?*
		2. האם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שייעצו לך לעבור ניתוח? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
		3. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
		4. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלת אלו הופנית בשנתיים האחרונות, ועודין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפנייה לבדיקה אצל רופא מומחה / או לבדיקות כגון: מטוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקן לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הרין, ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קוליפטוסקופיה, ועוד בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה), אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא*



dt3020

א. הודעה על קבלת דבר פרסום של החברה:

הפתרים שמסרת יישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; hnssubscribe1@harel-group.co.il; QR: 

ב. הסכמה לקבל דברי פרסום נוספים:

בנוסף על פרסום שיחזור רשות לשולח לו בהתאם להודעה שניתנה לו לעיל, אנו רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיה העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט.

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

תשומת ליבך, אי-אפשרן לא吟שכט כສירוב לקבל דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך להזור ברם מהסכמתך בכל עת.

ח מידע למועד לביטוח

1. כל התשובות המפורחות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבリアות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין החברה וינו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלתי שתהיה חייבות להצדיק או להסביר את החלטתה, לפחות במקרים מסוימים בדין.

3. לדיעתך, הוספה CISI נוסף, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנץ רשאי לבחור בהם או לוורר עליהם, מבלתי שהדבר יפוע ביותר תנאי הפליפה.

4. **פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומגדל בע"מ [הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול ח"י מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםומים והילכים, ניהול ושיפור שירותי השירות הדין, קיום הוראות מענקה, לה坦אים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין כובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות המידע וועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

5. התחשורת עם קבוצת הראל תיקנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרימה הראשונה בפועל, נספח זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

6. התחשורת עם קבוצת הראל תיקנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרימה הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את הפרימה הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הנספח הביטוח יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי החברה.

7. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לדיעתך, יתכן שהכיסויים בפוליסת לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף לגבי הנסיבות, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il.

8. לדיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי הראל, המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלו לך לחברת הראל, יופיעו גם במסגרת האיזור האישי שלך שבאתר החברה.

9. ככל שהinant אדם עם מוגבלות, כהגדתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכליות לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אני עדכן אותך על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבללה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

10. לטענתך בלבד: לתשומת לך, ככל שאתה מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אני עדכן את החברה בצרוף תצהיר מותאים, על מנת שתבחן האפשרות לשנות תעריך בכיסויים הרגונטיים עבר פוליסזה זו.

ט ממשק אינטרנטלי לאתר מוצר ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מואבטה שיאפשר לך לראות במורוץ את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהוא נعتبر אליו.

אם איןך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עלייך ליצור קשר עם חברותנו לאחר צירוף לפוליסזה.

לديיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות את המידע באתר האינטרנט המאובטת את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שום לך כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאתה מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יעverbו גם לגבי פוליסזה זו.

1. אני מבקש להציג תוצאות כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
3. אני מאשר לספק הביטוח שלי לפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחום הצעה זו להגיש להראל ולקבל מהראל בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצעה זו.
4. אני מבקש כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחום הצעה זו. אם ברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום ולהליך ההצעה לפוליסה זו גם ישרות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735).
5. אני/נו החתום/ים מטה נזקקים בזה רשות לקופת חולין ו/או למוסדות הרפואים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, ו/או לצורך הליך בבחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המוצג בדיונים ואת כל הפרטיהם, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מנת בראיותינו על כל מחלוקת שמיירה על סודיות זו כלפי המבקש, ו/או שאנו/נו חלה/ים בהם כעת ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב וייתור זה מחייב/נו, את עצובנו/נו ובאי כוחינו/no החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתוב וייתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.



חתימת מועמד לביטוח:

תאריך:

יא) צחירת הסוכן (סעיפים חובה לחתימת הסוכן)

1. צחירת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת מוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פיזור צירוף לביטוח, ובכל זאת, בהתאם לביטוח לצריכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהוות הנדרש.

2. השוואת ביטול של פוליסה מקורית:

להלן השוואת שערכתית בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:
(יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------|
| פרמייה בפוליסה המוצעת | <input type="checkbox"/> נמוכה יותר | <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| היקף / תנאי הכספי בפוליסה המוצעת | <input type="checkbox"/> רחב יותר | <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| סכום הביטוח/תקרות בפוליסה מוצעת | <input type="checkbox"/> גבוהים יותר | <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |
| רמת השירות בחברה החדשה | <input type="checkbox"/> גבוהה יותר | <input type="checkbox"/> ללאandel מהותי | <input type="checkbox"/> אחר |

פרוט נספ:

לאחר בוחנת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועדד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.



חתימת הסוכן:

שם הסוכן:

תאריך:

1. לדייעתך, ככל שתשלם דמי הביטוח לא יכבד על ידי חברת האשראי/הבנק, על מנת הגביה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חזיר, ככל ותחויב, יגבו אמצעי התשלום הקיים בפוליסתך.

2. פרטיות:

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ [הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתקני שירותים, מנהל חי מוצרים, טיפול בתביעות, תשומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיומם הוראות הדין, בהתאם ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, יכולה לכך שלא יוכל לבחון את הבעה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לך. פירוט נוסף ניתן במדיניות הפרטיות באתר הראל הכלול גם את דרכי ההתקשרות עם מונונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכוכ הסורה מדיוור ועיר בקישור להלצותה. <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>

תשלום בכרטיס אשראי

סוג הcredיטיס: <input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אחר:
שם בעל כרטיס האשראי
כתובת בעל הcreditis

הראל זו נחתמה על ידי, בעל הcreditis, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכוםיהם, הויל וניתנה על ידי הרשותה להראל חברה לביטוח בע"מ להעבור למונפקת הcreditis חיובים מעט לעת כפי שתפרטו למונפקה. הרשותה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיווק והוא מסוף לאחר כחולה לכרטיסים שנקוב בהראה זו.

חתימת בעלי הcreditis: 

אם בעל הcreditis שונה מהموעדם לביטוח, יש למלא הצהרת משלם חריג, הטופס מצוי גם באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il.

תשלום בהוראת קבוע לבנק

מספר הוראה לכבוד, בנק:	כתובת הסניף:	סניף:	שם' חשבון בנק	סוג חשבון	אסמכתא/מוס' מזהה של הלוקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)		קוד מסלקה	קוד המוסד
					סניף	בנק		
					6	0	8	

הרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

הרשותה הכלולית לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקורת סכום החיבור -

לתשומת לבך,

■ אי סימון אחת מהחולופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

■ אם ישלו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלוקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעותי הרכוכות בכך.

1. אני/היא מ:

שם בעלי החשבון כמפורט בספריו הבנק

מוס' תעודה זהות / ח.פ.

מכתבות:

רחוב מיקוד מס' עיר מוש' מבוקשים זהה להקבינו הנ"ל ("החשבון") הרשותה לחיבור חשבונו, בסכומים ובמועדים שיוצמדו לכם מידי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למוגבלות שסומנו לעיל (כל שסומנו).

כמו כן יכולו הרשותה הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשותה לחיבור החשבון.

ב. הרשותה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מתאימו לבנק שתכנס לתקוף יומי עסקים אחד לאחר מועד הודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הרשותה כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיבור מסוים, ובכלל שהזדהעה על רק תימסר על ידי כתב לבנק, לא יותר מ-3 ימי עסקים לאחר החיבור. ככל שהזדהעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, הזכיר יעשה בערך יומי מעת הודעה הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אכן תואם את מועד פיקעת התקוף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינו לבין המוטב.

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

ז. אם תען לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשותה זו, בכספי להוראות כל דין והסכמים שבינו לבנק הבנק.

ח. הבנק רשייא להוציאנו מן הסדר המפורט בהרשותה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על רק מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקרה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשותה

לקוח נכבד, סכום החיבור וממועד יקבעו מעט לעת עלי-ידי הראל חברות לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית /או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ותוספתייה/.

תאריך:

מועד התשלום בהוראת קבוע		
<input type="checkbox"/> הרינו מבקש כי מועד התשלום בהוראת קבוע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה- 5 לחודש	<input type="checkbox"/> 14 לחודש	<input type="checkbox"/> 25 לחודש

שם לב, ככל שלא תאפשר אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כבירת מחדל.



dt3200