

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.

סכומי הביטוח המירביים הניתנים לרכישה על פי טופס זה, כולל סכומי ביטוח הקיימים בהראל, אם קיימים, הינם:

סוג הכיסוי	מבטח עד גיל 50	מבטח מגיל 51 ועד 60
מגן 1 ו/או מגן חודשי*	עד 2,000,000 ₪ סה"כ	עד 1,000,000 ₪ סה"כ
*במוצר מגן חודשי, סכום הביטוח הוא הסכום החודשי מוכפל במספר החודשים שבהם ישולמו תגמולי הביטוח		
מטריה	עד 30,000 ₪ פיצוי חודשי סה"כ	עד 20,000 ₪ פיצוי חודשי סה"כ

ברכישת סכומי ביטוח הגבוהים מהתקרות המצוינות בטופס זה (בכיסוי מטריה סך הפיצוי החודשי לא יעלה על 30,000 ₪), יש למלא הצהרת בריאות מורחבת 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 וכונה 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:

**א פרטי המועמד לביטוח**

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	עיסוק
מצב אישי: <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן					
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	מס' ילדים	
טלפון	טלפון נייד	קופת חולים			

כתובת דואר אלקטרוני: .....

מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים דיגיטליים הקיימים ברשות הראל במועד המשלוח.  
אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא סמן ☐

לתשומת לבך:

(1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל.  
(2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל 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 [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

**ב סוג הפוליסה המבוקשת**

**סכום ביטוח מינימום במוצר מגן 1 ו/או מגן חודשי הינו 500,000 ₪ במצטבר**

שם התכנית	סכום הביטוח	תקופת ביטוח עד גיל מקסימלי
<input type="checkbox"/> מגן חודשי (פרמיה משתנה כל שנה)	<ul style="list-style-type: none"> <li>סכום ביטוח חודשי ..... ₪</li> <li>תקופת תשלום סכום הביטוח:</li> <li><input type="checkbox"/> 10 שנים</li> <li><input type="checkbox"/> 15 שנים</li> <li><input type="checkbox"/> 20 שנים</li> <li><input type="checkbox"/> 25 שנים</li> <li><input type="checkbox"/> 30 שנים</li> </ul>	80
<input type="checkbox"/> מגן 1 (פרמיה משתנה כל שנה) כולל הטבת ברות ביטוח*	..... ₪	80
מטריה ביטוחית - תינתן הנחה בשיעור 10% לכיסוי מטריה למשך 5 שנים		

\*בעת גידול בהכנסה, יוכל המבוטח לבקש להוסיף סכום ביטוח נוסף למקרה מוות, ללא חיתום מחדש (בהתאם לתנאים כפי שיהיו קיימים באותה עת), בשיעור של עד 15% לשנה מסכום הביטוח, אך לא יותר מ-50% במצטבר מסכום הביטוח המקורי.  
האישור להוספת סכום הביטוח מותנה בכך שהבקשה תועבר לחברה עד 3 חודשים ממועד הגדלת ההכנסה ובכפוף להוכחה שהכנסתו כפי שדווחה לרשויות המס גדלה לפחות באותו שיעור.

פרטים על קרן הפנסיה:

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

כיסוי מטריה משלימה לקרן הפנסיה:

- סכום הפיצוי החדשי המבוקש הוא ..... ש"ח ולא יותר מ-75% מהשכר (סכום הפיצוי המבוקש יהיה זהה או נמוך מסכום הפיצוי הקיים בקרן הפנסיה)
- הכיסוי במטריה הינו לגיל תום ☐ 65 ☐ 67 (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)
- יש לבחור לפחות באחד מכיסויי הבסיס שלהלן:
  - ☐ הגדרת עיסוק ספציפי
  - כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה, על-פי הגדרת עיסוק ספציפי עבור עיסוקים שהוגדרו על ידי החברה.
  - ☐ ביטול קיזוז תגמולי ביטוח לאומי
  - תשלום פיצוי חודשי בגובה תגמולי הביטוח הלאומי שקוזזו על ידי קרן הפנסיה התשלום לא יעלה על 100% ולא יפחת מ-30% מהפיצוי החודשי שנרכש
  - ☐ כיסוי לתקופת אכשרה בקרן הפנסיה
- במקרה של אובדן כושר עבודה אשר אין בגינו זכאות לקבלת תשלום מקרן הפנסיה מאחר שארע במהלך תקופת האכשרה בקרן הפנסיה (5 שנים ממועד ההצטרפות לקרן), הראל ביטוח תשלם את תגמולי הביטוח, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- לתשומת הלב, כי במקרה שבו חלפו 5 שנים ממועד הצטרפותך לקרן הפנסיה, **אין צורך ברכישת כיסוי זה**.
- כמו כן, לידיעתך, כיסוי זה לא ניתן לרכישה לבדו, אלא בנוסף לאחד מהכיסויים הנוספים המוצעים למעלה במסגרת המטריה הביטוחית.

■ הרחבות נוספות

- ☐ תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה) - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- ☐ נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: ☐ 1% בשנה או ☐ 2% בשנה - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעלה
- ☐ תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי - רכישת ההרחבה תהיה עבור כל כיסויי הבסיס שנבחרו למעט הגדרת עיסוק ספציפי

חשוב לדעת

- תקופת המתנה: שלושה חודשים
- הפרמיה משתנה כל שנה
- הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן
- לכל אחד מהכיסויים עלות נפרדת
- שחרור ההפקדות לקרן הפנסיה - בעת רכישת כיסוי עיסוק ספציפי ו/או כיסוי לתקופת אכשרה ישוחררו ההפקדות בגובה מכפלת השכר המבוטח (בקרן הפנסיה) בשיעור ההפקדות כפי שדווח בטופס זה
- התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים

הצהרות בעל הרשיון:

- אני מצהיר כי ביצעתי את כל החובות המוטלות עלי בהתאם לחוזר שיווק תכניות לביטוח אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2019-1-5 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית.
- אם נרכש כיסוי לפי הגדרת עיסוק ספציפי - אני מצהיר כי פירטתי למועמד לביטוח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי זה ואת העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד המכירה, אם לא ירכוש כיסוי זה.

תאריך: ..... חתימת בעל הרשיון:  .....

תוכנית המטריה הביטוחית הנה בגין השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אולם יתכנו פערים בגובה הכיסוי הנובעים משינויים בשכר המבוטח ו/או הצמדת כיסוי המטריה הביטוחית למדד ולא לשכר. בכל שינוי בגובה השכר בקרן הפנסיה המבוטח נדרש לעדכן את חברת הביטוח בשינוי על מנת לעדכן את תוכנית המטרייה. עדכון כאמור ייכנס לתוקף רק לאחר קבלת הסכמת חברת הביטוח בכתב.

ד המוטבים למקרה מוות

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

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

מועמד לביטוח		
לא	כן	
		1. האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? <b>אם כן:</b> מועמד ראשון - כמה ימים בשנה? ..... באילו מדינות? מועמד שני - כמה ימים בשנה? ..... באילו מדינות?
		2. האם הנך בעל/ת רישיון טיס / איש/אשת צוות אויר / חניך במהלך לימודים לקבלת רישיון טייס / בכוונתך לטוס שלא בקו אווירי אזרחי? <b>[אם כן - יש לצרף שאלון טיס]</b>
		3. האם יש לך תחביב מסוכן או הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית? <b>[אם כן - יש לצרף שאלון תחביבים]</b>

## ה הצהרת בריאות (קוד הצהרה 30)

## 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 חיובית (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 חיובית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש/י לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.

## פרק א'

1. גובה (בס"מ)

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? .....

מועמד לביטוח		
לא	כן	
		2. <input type="checkbox"/> 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"/> ניוון שרירים או מחלה 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 משקפיים 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. <b>האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב:</b> <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12]
		8. ריאות ודרכי הנשימה [3]
		9. <input type="checkbox"/> מערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> כבד או צהבת [10]
		10. <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות ל-HIV * <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס) *
		11. כליות [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"/> פיברומיאלגיה *
		13. גידולים ממאירים * / מחלות ממאירות (סרטן) *
חלק ב': שאלות נוספות		
		1. א. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים [33]?
		ב. האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום*?
		2. האם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח? <b>האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות?</b> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
		3. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? <b>האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות?</b> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא [23]
		4. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה), <b>אם כן</b> - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *



## 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: [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; 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.

## ח מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדין.
- 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.
- 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 מדיור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- ההתקשרות עם קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת הפרמיה הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי החברה.
- 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 [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
- לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי הראל, המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת הראל, יופיעו גם במסגרת האיזור האישי שלך שבאתר החברה.
- 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.
- לתשומת לבך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שייקבעו תנאי חיתום לעניין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זו, לא יופקו יתר הכיסויים המבוקשים עד לקבלת אישורך בכתב להפקת הפוליסה ללא הכיסויים אליהם לא ניתן לצרף אותך או עד לקבלת אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.
- למעשנים בלבד:** לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

## ט ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

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 באתר 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.

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 להראל ולקבל מהראל בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.

ג. אם ברצונך 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\*).

4. 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, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש** 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 עצבנו/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

תאריך: ..... חתימת מועמד לביטוח:  .....

הצהרת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר המפורט בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת המידע המהותי הנדרש.

2. השוואה וביטול של פוליסה מקורית:

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 בפיוליסה מוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר

פרוט נוסף: .....

.....


.....

.....

.....

.....

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

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

יב

סוג הכרטיס:	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דייןרס	<input type="checkbox"/> אחר:
מס' כרטיס האשראי	שם בעל כרטיס האשראי					
מס' זהות	תוקף הכרטיס					
כתובת בעל הכרטיס						
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 ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.						
תאריך: חתימת בעלי הכרטיס:						
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> .						

תשלום בהוראת קבע לבנק

יב

פרטי הוראה	סניף:	כתובת הסניף:
לכבוד, בנק:		
מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
		קוד המוסד
		בנק
		סניף
		6 0 8
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - ש. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום / / . 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/ו הח"מ:	שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' תעודת זהות / ח.פ.
מכתובת:		
רחוב	מס'	עיר
מיקוד		
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).		
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