

השימוש בטופס זה מאושר עד ה-31.12.2026.
הטופס מיועד לנשים ובנים כאחד.
נא הקפיד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס בביטוח חיים: 69-7348-03 או למייל: agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל: 01-700-28-70-1

בטופס זה, תקרות סכומי הביטוח הנינטות לרכישה כולל סכומי ביטוח אם קיימים בהראל הינם עד לגובה הסכומים על פי הנחיות החיתום של החברה.

שם סוכן: מס' סוכן: תאריך תחילת הביטוח: שם מפקח: מס' הצעה:
שים לב - עליך להסביר תשובה מלאה וכן לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולו הביטוח.
אני, המועמד לביטוח עפ"י הpolloסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

א פרטי המועמד הראשון לביטוח (הצעיר מבין השניים)					
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	מין	ז□נ□
מצבי אישיות	מס' ילדים	טלפון	כתובת חולים	<input type="checkbox"/> נשי <input type="checkbox"/> רוק <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> אלמן	
רחוב	טלפון נייד	טלפון	מיקוד	ס.ו.	ישוב
כתובת דואר אלקטטרוני מסמכים הpolloסה ذר פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים ישלו אליו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכים הpolloסה והדוחים השנתיים בדואר ישראלי אנא סמן <input type="checkbox"/> لتשומת לבך: (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלו בדואר ישראלי. (2) חשוב לידע: דוחות מודיעין ועדכוניים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלו לפרטיה הקשר המעודכנים אצלנו במועד השילחה, כפי שרשמה בטופס זה או בהתאם לעדכנים והודעות שימשו לנו מעט לעת. לעדכן פרטיים ניתן להיכנס לאזרור האישית באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il .					

ב פרטי המועמד השני לביטוח					
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	מין	ז□נ□
מצבי אישיות	מס' ילדים	טלפון	כתובת חולים	<input type="checkbox"/> נשי <input type="checkbox"/> רוק <input type="checkbox"/> גירוש <input type="checkbox"/> אלמן	
רחוב	טלפון נייד	טלפון	מיקוד	ס.ו.	ישוב



dt3313

שם התכנית	מועדן ראשוני	מועדן שני	תקופת ביטוח עד גיל מוקסימלי
ן גרי	(מינימום 50,000 ₪)	(מינימום 50,000 ₪)	ן 80
ן מגן זוגי Extra ^{1/2}	(מינימום 500,000 ₪)	(מינימום 500,000 ₪)	ן 80
ן מגן חודשי	██ סכום ביטוח	██ תקופת תשלום סכום הביטוח:	ן 80 ██ 10 שנים ██ 15 שנים ██ 20 שנים ██ 25 שנים ██ 30 שנים
ן מגן חודשי זוגי Extra ^{1/2}	██ סכום ביטוח	██ תקופת תשלום סכום הביטוח:	ן 80 ██ 10 שנים ██ 15 שנים ██ 20 שנים ██ 25 שנים ██ 30 שנים
ן הכנסה למשפחה	██ תקופת ביטוח	██ סכום ביטוח	ן 75 ██ 10 שנים - 25 שנים)
ן הכנסה למשפחה זוגית ² Extra	██ תקופת ביטוח	██ סכום ביטוח	ן 75 ██ (10 שנים - 25 שנים)
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ שם	██ מوطב 1 ██ שם	ן 75 ██ תעוזת זהות
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	ן 75 ██ תאריך לידה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ תאריך לידה	ן 75 ██ קרבבה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ קרבבה	ן 75 ██ סכום ביטוח חדש
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת ההשניה - أنا בחור תקופה בין שנה ל- 21 שנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת תשלום בשנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 1 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 1 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ 15 □ 12 □ 10 □ 8 □ 5 □
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ שם	██ מوطב 2 ██ שם	ן 75 ██ תעוזת זהות
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	ן 75 ██ תאריך לידה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ תאריך לידה	ן 75 ██ קרבבה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ קרבבה	ן 75 ██ סכום ביטוח חדש
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת ההשניה - أنا בחור תקופה בין שנה ל- 21 שנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת תשלום בשנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 2 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 2 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ 15 □ 12 □ 10 □ 8 □ 5 □
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ שם	██ מوطב 3 ██ שם	ן 75 ██ תעוזת זהות
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	ן 75 ██ תאריך לידה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ תאריך לידה	ן 75 ██ קרבבה
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ קרבבה	ן 75 ██ סכום ביטוח חדש
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת ההשניה - أنا בחור תקופה בין שנה ל- 21 שנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ תקופת תשלום בשנים:
ן הראל מגן משלים ליד	██ מوطב 3 ██ תעוזת זהות	██ מوطב 3 ██ סכום ביטוח חדש	ן 75 ██ 15 □ 12 □ 10 □ 8 □ 5 □

שם התכנית	מועדם ראשון	מועדם שני	תקופת ביטוח עד גיל מקסימלי
נספחים לתוכנית מגן 1 / מגן חדש - סכום הביטוח לא יהיה מסכום הביטוח בכיסוי מגן.			
70 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(הגדרת העיסוק בפלישה תהייה בהתאם להצהרת המבוקש בדבר) USESOKO ובהתחאם לטבלת המקצועות העדכנית בחברה בעת ההצטראפות)
75 <input type="checkbox"/> (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> נכות מתאונה ³ ביטול חריג ספורט אטגרי חובבני (רכישה מגיל 21)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול חריג דZO גלגלי / אופניים חשמליים / קורקינט חשמלי/ סגור / כל תחבורה דZO גלגלי ממנוע אחר ו/או בעל מנוע חשמלי/ טרקטוריון (רכישה מגיל 21)
75 <input type="checkbox"/> (מינימום 50,000 ₪ ועד 1,500,000 ₪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> מות מתאונה ³ ביטול חריג ספורט אטגרי חובבני (רכישה מגיל 21)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול חריג דZO גלגלי / אופניים חשמליים / קורקינט חשמלי/ סגור / כל תחבורה דZO גלגלי ממנוע אחר ו/או בעל מנוע חשמלי/ טרקטוריון (רכישה מגיל 21)
67 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור מתשלט פרמיה (תקופת המנתנה 3 חודשים, הגדרת) עיסוק סביר אחר בלבד

הפרمية בכל התוכניות והנספחים משתנה כל שנה

הטבה בעת רכישת כסוי מסווג "מגן 1" ואו "מגן חדש Extra": קבלת מקדמה על חשבון תשלום סכום הביטוח במקרה פתירה (להלן: "ההטבה") בancockה בעיתם המבוגר ביותר מעל גיל 18 (להלן: "המולדת הצעאית"), מקדמה בגין 5% מסכום הביטוח במקרה פתירה ב Hancockה או סך של 50,000 ₪ לפי הנומר (להלן: "המקדמה"). המקדמה מעבר לחשבון הבנק של המוטב הצעאי בתוך 2 ימי עסקים בכספי לקבלת טופס ייעודי חתום על ידי המוטב אליו תזרוף הדעת קבורה או הדעה מבית החולים על הפטירה, ואתה טרם בירור התבעה בהתאם לתנאי הפלישה. מען הסר ספק, תשלום המקדמה לא מהווה אישור תעבורה הפטירה, ובמידה וווחלט על ידי חברת הביטוח שהמטופבים אינם זכאים לתשלום בהתאם לתנאי הפלישה או להוראות הדין, ידרש המוטב הצעאי להחזיר את המקדמה שקיבל לידי. ככל שההתבעה תוכר על ידי חברת הביטוח, תקוז המקדמה מהסכם המגע למוטב הצעאי שקיבל את המקדמה.

- תנאים לקיום ההטבה:**
- מונו מוטבים בפלישה וקיים מوطב לצאי.
 - הפלישה פעילה ולא קיים שעבוד או עיקול על הפלישה.

- הראל מגן חדש Extra, הכנסה למשפחה זוגית Extra ומגן חדש זוגי חדש Extra מוסכם ומזהר בהזאה כי בנוסח לאmortו בתאוי הפלישה וכל עוד ממטופדים בפלישה שי מボתוים בלבד, ללא האגדלת הפרמיה ("ההטבה הראשונה"). 1. במווד קרנות מוקהה הביטוח לאחד המטופדים, יוכפל סכום הביטוח הנותר בחיסים בלבד, ללא האגדלת הפרמיה ("ההטבה הראשונה"). 2. בקרנות מוקהה ביטוח לשני המטופדים שנותן מותה **מתאונה*** שנרגמה מגורם חיוני שלא תוקן על ידי המטופדים ושאריע בתוך 12 חודשים, או בקרנות מוקרי ביטוח (שווים) לשני המטופדים שאירועו בתוך 30 ימים, יוכפל סכום הביטוח לו היו זכאים המטופדים בגין אחד מהמטופדים (בהתאם לתנאים ולסוכם הקבוע בפלישה של אותו המבוקש במועד האירוע), ובכספי לאmortו בסעיפים 4-5 להלן ("ההטבה השנייה"). 3. במהלך תקופה של 3 חודשים ממועד הולדתILD מושך לשני המטופדים בפלישה, היה זכאי כל אחד מהמטופדים לבקש מהחברה להגדיל את סכום הביטוח** בפליטה ב-20% מסכום הביטוח המקורי במועד ההגדלה או ב-200,000 ₪, לפי הנומר מביניהם, וזאת ללא הליך של חיותם רפואי ובכספי להגשת בקשה מתאימה לרובה ולתשלוט פרמיה נסافت בין ההגדלה. אך כל ההגדלות של סכומי הביטוח מכל הטעבה זו, לפחות כל אחד מהמטופדים בכל תקופת הביטוח, לא עליה על 50% מסכום הביטוח המקורי שנרכש בפליטה או על סכום של 500,000 ₪, לפי הנומר מביניהם. הטבת הולדת ILD זו אינה חלה על מוצר הכנסה למשפחה זוגית Extra ("הטבת הולדת ILD"). 4. מען הסר ספק יובהר כי כל אחת מההתבאות המפורחות בסעיפים 3-1 לעיל יפקעו ולמבוטח לא תהא זכאות לקבלן, בכל אחד מהמטופדים הבאים:
- 4.1. הפלישה לא להיות בתוקף עברו איזה משני המטופדים במועד קורת מוקהה הביטוח הראשון.
 - 4.2. הפלישה לא להיות בתוקף עבור המטופה הנותר ביחסים במועד קורת מוקהה הביטוח השני.
 - 4.3. סיום תקופת הביטוח לגבי אחד מהמטופדים נוכח הגיעו לגיל תום תקופת ביטוח.
 - 4.4. ביטול הביטוח לגבי אחד מהמטופדים בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח.
- בנוסח, ההטבות המפורחות בסעיפים 2-1 לעיל (ההטבה הראשונה וההטבה השנייה) ינותן לכל מטופח עד לסכום ביטוח של 2 מיליון ₪ במצטבר, בכל פוליטות ביטוח החים הקיימים על שם כל אחד ממטופדים בפליטה, למעט פוליטות ביטוח חיים להבטחת משכנתא. מימוש ההטבות יבוצע תחילת בפליטה מוגן ולאחר מכן בפליטות מוגן וחושך ומאוחר מכך הכנסה למשפחה, ככל שתויתור זכאות לכך. לדוגמא לגבי מותן ההטבה בסוכום של 2.5 מיליון ₪ זוג רכש סכום ביטוח של 4.5 מיליון ₪. דוגמא נוספת להטבה השניה: אם זוג רכש סכום ביטוח שנתי לפחות 15 שנים - זכאות המוטב של כל אחד מהמטופדים תהיה בסוכום של 5 מיליון ₪ למבוטחת השניה, ואירועו 2 מקרי ביטוח של פטירה בתוך 15 שנים - סכום ביטוח של 1 מיליון ₪ למבוטחת הרាងון וכן סכום ביטוח של 5 מיליון ₪ למבוטחת השניה, ואירועו 2 מקרי ביטוח של פטירה בתוך 15 שנים - המטופה הרាងון יקבלו 2 מיליון ₪ והמטופים של המבוטחת השניה יקבלו 7 מיליון ₪.

*תאונה - חבלה נספית שנרגמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד מעצמה מאירוע פתאומי, חד פעמי, בלתי צפוי מראש, הנגרם בנסיבות על ידי גורם חיצוני וגלי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבתה אחררת את הסיבת היחידה, הישרה והמידית למותת. מען הסר ספק - אלימות מילולית ו/או לחץ נשפי ו/או הצטברות של פגעות עוריות חזקות לאורך תקופה הגורמים למותת לא ייחשבו כ"תאונה".

**במוצר מגן חדש, סכום הביטוח הוא הסכם החודשי מוכפל במספר החודשים שבהם ישולם תגמול הbijtot.

כיסוי נכות מתאונה ומות מתאונה
במסגרת רשימת החירגים בביטוח זה, לא יהיה כיסוי לancockה בגין שוגרם עקב בהאגה ברכב דZO גלגלי או לancockה בגין שוגרם עקב ריכבה באופניים חשמליים ו/או קורקינט חשמלי ו/או סגור ווציאץ' בلمבטה שגלו 21 ומעלה. ניתן לרכש נספח מתאים לביטול חריגים אלו, בכיפוי לאmortו החיבור. בכל מקרה לא יהיה כיסוי בancockה שהנהייה בכלי התחבורה הינה מתוקף USESOKO של המבוקש.

המודדים בנסיבות מות^ט (למועדם ראשון לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	חלוקת באחוזים
100%	סה"כ				

*ESISI ביטוח שמצויה בתשלום חד פעמי בנסיבות מותה של אירוע ביטוח אוESISI ביטוח שמצויה בתשלום חדשני כפי שנבחר.
בの場合 שאין מוני מודדים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

המודדים בנסיבות מות^ט (لمועד שני לביטוח)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה	קרבה	חלוקת באחוזים
100%	סה"כ				

*ESISI ביטוח שמצויה בתשלום חד פעמי בנסיבות מותה של אירוע ביטוח אוESISI ביטוח שמצויה בתשלום חדשני כפי שנבחר.
בの場合 שאין מוני מודדים, הסכומים ישולמו לירושים החוקיים על-פי דין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

I שאלות כלליות

	מועדן ראשון לביטוח			מועדן שני לביטוח		
	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. אם כן: האם עבדתך מחייבת שהיא בחו"ל? מועדן ראשון - כמה ימים בשנה? ביאלוי מדיניות?						
מועדן שני - כמה ימים בשנה? ביאלוי מדיניות?						
האם הנך בעל/ת רישיון טיס / איש/אשר צוות אויר / חני במהלך לימודי לקבלת רישיון טיס / בכוננתך לטוס שלא בקשר אליו אזרחי? [אם כן - יש לצרף שאלון טיס]						
האם יש לך תחביב מסוים או הנך עוסק/ת בפעילויות ספורטיבית אתגרית? [אם כן - יש לצרף שאלון תחביבים]						

1. יש לענות על השאלות בסימן ✓ בטוח התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כ) יש לצרף שאלון מותאם להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגרים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימן * (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תענה עדכנית מהרופה המתפל בהתייחס לבעה המוחהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצטбр העדכני.
2. לדיינית, בין אם התשובה לשאלת נושא אידס / או נשאות זיה תהייה חיובית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בונשא.
3. גם גיל 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תענה דיפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

מספר	질יון נזק	האם נר מושך או עישנת בשנתיים האחרונות?	אם כן, מועמד ראשון - כמה סיגריות ביום?	אם כן, מועמד שני - כמה סיגריות ביום?	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)	מעומד שני לביטוח	מעומד ראשון ל比特וח	מעומד שני לביטוח
							לא	כלי	לא
1.	האם אובחנה אצל מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:								
	א. <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [6]								
	ב. האם ב-10 השנים האחרונות תרופות או הומלץ לך לוטול לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכחת [12] <input type="checkbox"/> שומנים גבויים/קולסטרול [6]								
	ג. ריאות ודריכי הנשימה [3]								
	ד. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> המוח * <input type="checkbox"/> גידולי מוח * <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> נוון שרירים או מחללה נוונת אחרת * <input type="checkbox"/> ארוע מוחוי * <input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] ה. האם פנית לרופא בתלונות הקשורתה לירידה בזיכרון *								
	ה. <input type="checkbox"/> כבד לרבות צבתת [10] <input type="checkbox"/> מחלת כרונית במערכת העיכול/מעיים [6]								
	ו. גידולים ממאירים/מחלות ממיראות (סרען) *								
	ז. מחלת נפש מאובחנת, לרבות חרדה, דיכאון, OCD ופומט טראומה (PTSD) [25]								
	ח. כליות [13]								
	ט. <input type="checkbox"/> אידס / או נשאות HIV * <input type="checkbox"/> ז Abbott (לופין) *								
2.	האם נר משמש/ת או השתמשת בסמים? [33]								
3.	האם נר שותה/שתייה, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? *								
4.	האם אושפזת מעל ל-7 ימים ב-3 השנים האחרונות? [23]								
5.	האם נקבעה לך נוכחות העולה על %*35?								
6.	האם הופנית וטרם סימת הליך ברור של תופעה או מחלת אלו הופנית בשנתיים האחרונות, ועודין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות כגון: מוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתר, מיפוי לב, אקן לב, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא חלק ממתקב הרין, ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קוליפטוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה) אם כן - האם פרטת עלך באחת מהשאלות הקודומות כן <input type="checkbox"/> לא								

ברכישת הכספיים: הראל חוסן למחר פלוס / או מותע/ענקות מתאוננה / או שחרור משלום פרטיה, יש לענות בונספ' גם על השאלות הבאות:

סימן	לקיי שמייה [2]	.10	ליקוי ראייה (יש לציין משקיפים רק אם מספר העדשות מעל 8)	.9	◻ גב ועמוד שדרה [21] ◻ ברכיים [20] ◻ מפרקיים [18] [19]	.8	ירידה בczיפיות העצם [17]	.7	אם אובחנה אצל מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:	לא	לא	כ1	לא	כ1	לא	כ1
------	----------------	-----	--	----	--	----	--------------------------	----	--	----	----	----	----	----	----	----

שליחת דבר פרסום

א. הודיע על קבלת דבר פרסום של החברה:
הפרטים שמסרת יושמשו לצורך פרסום דברי החברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חילוג אוטומטי או הודעה טקסט. אפשרותר לסרב לקבלם ב-[הכתובת](https://www.harel-group.co.il/t/OMLIVRS) t/OMLIVRS@harel-ins.co.il.



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:

בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיה העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. *קבוצת הראל - הראל השקעות בע"מ ושותפיהם פיננסיים בע"מ וחברות בתויה שלה.

תשומת ליבך, א-ו-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות להזoor בר מסכםך בכל עת.



מעומד ראשון לביטוח	מעומד שני לביטוח	מעומד שני לביטוח	לא	כן	לא	כן
אם ברשות אחד או יותר מהמטופדים לbijוטו פוליסט ביטוח מסווגה של הפוליסת אליה הוא מבקש להציג במסגרת טופס הצעה זו (להלן – "פוליסת קיימת")?						
במידה והתשובה חיובית – יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסת הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.						
מעומד שני לביטוח	מעומד ראשון לביטוח	מעומד ראשון לביטוח	לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
אניו/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסת הקיימת בתוקף ללא שינוי: לידיעתך/כם, הכספי אליו אתה/ם מבקש/ים להציגו הינו כיסוי נסף, המבטיח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אניו/ו מאשר/ים את רכישת הכספי וგבייה הפרמיה הנוספת.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
אניו/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסת הקיימת ולהקtin בה את היקף הפיצוי: ברכישת כיסוי מסווג נכויו: לידיעתך/כם, הכספי אליו אתה/ם מבקש/ים להציגו הינו כיסוי נסף, המבטיח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אתה/ם מאשר/ים את רכישת הכספי וגבייה הפרמיה הנוספת. לצורך הקטנת היקף הכספי יש להעביר בקשה מתאימה לחברת המבטיח.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
אניו/ו מעוניינים לבטל את הפוליסת הקיימת האם ברצונך/כם כי בבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטיח לפוליסת שברצונך/כם לבטל: <ul style="list-style-type: none">▀ על ידך □ ע"י סוכן הביטוח▀ ע"י חברות הביטוח הרائل – יש לצריך לטופס הצעה טופס בבקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטיח:						
במקרים בהם ברשות המadowdim לbijoutio לכל הפקות השוואה בין החרוגות שנקבעו לכל מעומד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבסוליסת הקיימת. מסמך השוואה שיכלול לכל הפקות השוואה על סוכן הביטוח למלא						

1 ממשק אינטראנטי לאיתור מוצר ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטראנטי מאובטח שיאפשר לך לראות במרוץ ברשות הביטוח בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נعتبر אליהם.
אם איןנו מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליזור קשר עם חברותנו לאחר צירוף לפוליסת.
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות באתר האינטראנטי המאויבט את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
באפשרות להגיש בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאין מעוניין בעברת הנתונים לא יעברו גם לגבי פוליסת זו.

2 מידע למטופדים לביטוח

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולן התשובות להצהרת הבריאות יושמו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לך לבין החברה והוא חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת הצעה או דוחיתנה מבלתי שתהיה חייבות להציג או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיון.
3. לדיעתך, הוספה כיסוי נסף, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה להבהירך, והנרי רשאי לבחור בהם או לווער עליהם, מכל שחדרב יפגע בתורainen הפוליסת.
4. פרטיות: הרائل פוליסת בע"מ והראל פנסיה ומגדל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתח Shirوتים, מתח מילויים, טיפול בתביעות, תשומות והילכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעוניינה, קיום הואות הדין, להתאים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים למטרות לגיטמיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בנסיבות ובכל הקשר בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים רשותם לקביל, בקשר למטרות אלו.
פירוט נוסף זמין במידיוות הפרטיות באטר הריאל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הודה מידעו ושירות https://www.harel-group.co.il/t/ASVCTB .
5. ההתקשרות עם קבוצת הריאל תיכנס לתקופה רק בכספי לקבלת הפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכספי הביטוחו ייכנס לתקופה, רק לאחר אישור המועד לביטוח להחרוגות ולתנאים המיוחדים, ככל שהוא וכפי שיקבעו על ידי המבטיח.
בעת מעבר מפוליסת לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט, לדיעתך, יתכן שהຄיסויים בפוליסת קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוספת היקף הכספיים, ביכולת לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il .
לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירותים הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורות והמסמכים, אשר שלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת "האזור האישי" שלך שבאתר החברה.
6. ככל שהinan אדם עם מוגבלות, כהגדרכו 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 לפחות לביטוח מוחות בתחום אחד או יותר מוחשיים החיצים העיקריים".
על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבકשתך לפחות לביטוח מוחות בתחום אחד או יותר מוחשיים החיצים העיקריים. לתשומתך, במקרה שלא ניתן לצרף אותך או שיקבעו לאלה הכספיים המבוקשים בהצעה זו, לא יופקנו יתר הכספיים המבוקשים עד לקבלת אישור בכתב להפקת הפוליסת לעשן לתקופה אישורך לתנאי החיתום, לפי העניין.
7. מעשנים בלבד: לתשומתך, ככל שהן מפוקח על שנות ערך בכספיים הרלוונטיים עבור פוליסת זו.

3 אישור קבלת מידע רפואי

מעומד ראשון לביטוח	מעומד שני לביטוח	מעומד שני לביטוח	לא	כן	לא	כן
אם נמסר לך טרם תחתמך על טופס זה מידע רפואי לגבי הביטוח או נוסף הוסף הכספי, ההרחבה או כתוב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפקות, את תיאור עיקרי הכספי הביטוח; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; ואם משתנה – הוצאה סכלה פירוט השתנות של הפרמיה בכל גילאים; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגובליות אחרות עיקריים; פירוט אמצעי התשלום האפשרים, תנאי התשלום ומועד הגיביה; הודיעה על קיומן של תקופת אכזרה, תקופת המותנה, החרוגות לכיסוי הביטוח, החרוגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתפות עצמית (אם ישן) ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהם? במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות רפואיים ואלו או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלוויים לה, באפשרותך לפנות להראל/ או לסקון שפטוני מופיעים בתקילת הצעה זו ולקבלם בכתב. בנוסף תנאי הפוליסת המלאים מצויים באתר החברה שכתובת: www.harel-group.co.il .						

1. אני מבקש להציג תוכנית כאמור בטופס זה.
 2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
 3. א.אני מסכיר את סוכן הביטוח שלו לפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחלת הצעה זו להציג ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצעה זו.
 - ב. אני מסכם כי פוליסת הבטוח של תכניות הבטוח המבוקשות בהצעה זו תמסור לי באמצאותו הסוכן שפרטיו מופיעים בתחלת הצעה זו.
 - ג. במידה וב戎ךן לקביל את המידע בסוגרת הליך החיתום והליך ההצעה זו גם יישורות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטפלון *הראל*(2735).
 4. א.ננו החותמים מטה נזקונים בה רשות לקופת חולמים ו/או למוטסודות הרפואים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל'ל ואו לשדרד הביטחון ו/או לכל חברה ביוטו, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבורו ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לbijutio המבוקש למסור להראל חברה לבטוח בע"מ ולהראל פסואה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרשו על ידי המבקש על מנת בריאותינו ועל כל מוחלה שלחלייתנו בה עבור ו/או שאיננו כולהם בה בעיתד ואנו/נו שחרר/ים אתכם מוחות שמייה על סודות רפואיים ווורר על סודותיהם ו/או לאלה בהם לא תהיינה לנו אליכם ו/או למקשך כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר ליב". כתוב ויתור זה מחיב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוח/נו החוקים וכל מי שיבוא מוקומו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינומים.

חתימת המועמד הראשון לביטוח

תאריך

חשיבות המועד השני לביטוח

תאריך

צחירת הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

- הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך מכירתה המוצר המפורש בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פיוchor צירוף לביטוח, ובכלל זה, התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח ומסירת מידיעת המהוות הנדרש.
- אני מזהיר כי ככל שהמbove צורף לכיסוי נכסות ו/או מווות מתאונה, הצירוף געשה על ידי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך בחוורן אונשות לישוע צורוף לרבות חקיקות אונשות

3. השוואת בוטול של פוליסה מקורית:
לහן השוואת שערכתו בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת:
(יש להזכיר לפחות אחד מהנושאים החשובים)

רמות השירות בחברה החדשה	סכום הביטוח/תקנות בפוליסת מוצעת	היקף / תנאיxicpsi בפוליסת המוצעת	פרמייה בפוליסת המוצעת
█ נמוכה יותר	█ ללא הבדל מהותי █ אחר	█ רחוב יותר	█ ללא הבדל מהותי █ אחר
█ גבוהים יותר	█ ללא הבדל מהותי █ אחר	█ טוביה יותר	█ ללא הבדל מהותי █ אחר

פרק נוסף

לאחר בחינת הפליליפה הקויה קול הפליליפה הטענתה, המאלתית לטענה/ם לביטוח לציבור לפוליטה בהראל.

חתימת הסוכן

שם הסידן

תאריך

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות/ח.פ.							
רחוב	מושב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד	או'	יאו'	טלפון	טלפון	טלפון
מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח									
<p>אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלים לפוליסה יבוצעו עבור המבוטח/im שבנדן. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש /או שינוי /או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותו להודיע לחברה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותו לפנות בכל עת לשירותי הפסקת התשלומים וכי החברה לא תהא אחראית להחזיר תשלום במקורה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותו לפוליסה בלבד (בהתאם לתקנות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלומים דמי הביטוח בפוליסה).</p> <p>כל החזר של דמי הביטוח יבוצע באמצעות אמצעי התשלומים שבו שולמה הפליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית /או שיקול אחר של החברה, יוכל כי דמי הביטוח יוחזרו למברטה הראשי. כל תשלום אחר על החברה לשלם מכוח הפליסה יבוצע לפקרות המבוטח/ המוטב/ בעל הפליסה בלבד (בהתאם למקורה), בכפוף להוראות הדין.</p>									
שם משלם	תעודת זהות	תאריך	חתימה						
הצהרת תשלום חריג שהינו מעסיק של המבוטח <p>ידוע לי כי התשלום בגין הפליסה הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומוחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו.</p>									
									

