

חשיבות לידע:

- עליך להסביר תשובה מלאה וכן לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולת להיות לכך השפעה על תשלום תגמול הביטוח.
 - מילוי הצעה זו עברו ילדים מתחם לגיל 18 ובעצם רק על ידי הורה/אפוטרופוס המושך לחתום עבורים על הצעה זו וחטמוו תחשב כהסכמה הקטנית.

א. פרטי המועמדים לביטוח

אוף קבלת הודיעות ומסמכים:

ישראל, יש סטמן כאן □ לעדכן הפרסמים ניתן לאזר האישית באתר החברה בכתב להנחיות הנדרשין
בהרראל במועד השיליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחלק הפרסמים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר



ב. בחירת CISCOM							
ס-ט	פריליסט בריאות בסיסית (יש לסתן ב-ט)	ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	תרופות מוחץ לסל הבריאות						
	השתלות וטיפולים מיוחדים מוחץ לישראל						
	ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח מוחץ לישראל						

רפואי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ניטוחים בישראל ורחבות אם לא נבחרה פוליסטה בריאות בסיסית, לצורך רכישת כיסוי בריאות נוספים יש לענות על השאלה הבאה:			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	כן	לא	
															לצורך רכישת כיסויים מסווג ניטוחים בישראל /או אמבולטורי, נדרש שייחו ברשותך כל ה כיסויים הכלולים בפוליסטה הבריאות הבסיסית: השתלות וטיפולים מיוחדים, תרופות ונתוחים בחו"ל. אם קיימים ברשותך כיסויים אלו (גם בחברות ביטוח אחרות)?
															במקרה עונית לא: ■ האם הנר ב/בת 60 ומעליה ואין מעוניין/נת לרכוש את כל או חלק פוליסטה הבריאות הבסיסית? ■ האם בשל חילזון חתני או ההתקבלת לאחת מארגוני הביטוח שבפוליסטה הבריאות הבסיסית או שהתקבלת בכפוף להחראה או בתוספת חותומות? אנא ציין את התכנית המדוברת:..... ■ האם ה כיסויים המבוקשים על ידך בטופס זה הינה במסגרת מימון זכות המשכיות מפוליסטה קבועית שהייתה ברשותך?

פרוט הכספיים (יש לסתמן ב-ט)							שם פרטי ושם משפחה
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	ראשי	UPGRADE	
						לא השתתפות עצמית	נירזק מילויים מחלפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן
						נitionים וטיפולים מחלפי ניתוח בישראל - שקל ראשון	נitionים וטיפולים מחלפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ל
						יעוץ וביקורות - בסיס	
						יעוץ וביקורות- מורחב	
						אבחן רפואי מהיר - תכנית שירות	
						טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות וב儀רים רפואיים	
						טיפולים ואבחונים ליד	
						לינוי רפואי וטיפולים לאחר אירעון רפואי משמעותי	
						רפואה משילימה	
						רפואה אישית אוון לין (יעוץ רפואי מקצועי בשיחת וידאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.	
						ביקור רפואי בבית *	

פרוט הכספיים (יש לרשום סכום ביטוח מבוקש בש"ח)								סכום הביטוח בש"ח	הערות
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	ראשי				
								מחלות קשות פרימיום - מענקית זהב	
								מענקית סרטן - פיצוי לחמלת הסרטן	

1. יש לעונות על השאלות בסימן ✓ בטור התשובה המתואמה כן/לא. בסימן תשובה "כן", יש לסתמן את המידע המבוקש גם בגין השאלה בסימן □.
- בכל מקרה של סימן תשובה חיובית (כן) ש לצרף שאלוון מתאים להשלמת פרטם רפואי מופיע בסוגרים מרובעים [] לדוגמא [4].
- במידה ויש סימן * (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תשובה עדכנית מהרופא המתפל בהתייחס לבעה המזוהה, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצטע ערכני.
- 2. ברכישת מחלות קשות יש לצרף שאלון לידים במרקם הבאים:** עברוילד עד גול 6 חודשים, או עברוילד בגיל 12-6 חודשים שטבקשים לרכוש עבורי סכום בטוח הגבהה מ-300,000 ש"נ.
- 3. אם גילך 65 ומעלה,** אנו מבקשים לצרף תעודה רפואיות המתיחסת למצב הרפואי כולל התיחסות ליתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבעוצם ב-5 השנים האחרונות.
4. חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות רלוונטיות רק לכיסויים ספציפיים. אפשרות לבקש מסוכן הביטוח שאלוון ייעודי, הכלל שאלות הנדרשות לצורך הטרופות לכיסויים המבוקשים על ידו בלבד.

	ילדי 4	ילדי 3	ילדי 2	ילדי 1	בן/בת זוג	טביעות לפיטוח	טעם ריאשי	טעם זוג	טעם בן/בת	ילדי 2	ילדי 1	ילדי 3	ילדי 4
למלא מגיל 10													
האם יידת במשקל בשנתיים האחרונות? מה הסיבה? דיאטה? ורידת של..... ק"ג □ ניתוח להפחחת משקל ורידת לאחר לידה □ סיבת אחרת*	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם אובחנה אצל מחללה, טיפולה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנוושים הבאים: מרכיב העצבים, אירעום מוחי*, גידולי מוח*, אפילפסיה [22] □ טרשת נפוצה*, נוון שרירים או מחלת ניוונית אחרת* □ פרקינסון* □ רעד* □ פיגור שכלי*, אוטיזם* □ תסומות דאון* □ שיתוק מוחוני* □ פוליז* □ גושא* הפרעות קשב ויכוז או הופנית ב-5 השנים האחרונות בבראנו שאזה? האם פיתח לזרוף בתלונות הקשורות בירודה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות? מחלת נפש מאובחנת, לרבות חרדה, דיכאון, OCD ופוסט טראומה (PTSD)? [25]	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													

(1) השאלה מופנית להורה או לאופטרופוס של מועד לביטוח שהוא קטין או פסול דין בלבד.

אני מסכימה/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החינותם עבורי/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת החלטות המבוקשים יש צורך בתנאי חיותם המפורטים כאן, אלו יקבעו במסגרת הפלישה, אשר תופק לי/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

תוספת רפואי לדמי הביטוח בשיעור של %., עקב בעית: לחץدم כולסטרול שומנים בדם סוכרת ורידת צפיפות העצם לב וכלי הדם הכליליים סיבות אחרות....

לא יכולת כל מקרה ביטוח הקשור: ניתוח קיסרי ובכע בצלקת נתוח קיסרי הרין ולידה נוכחים הביקע המוצחר בשאלת 10 טחורים פיסורה כל לטרול בכיסוי לתרופות שומנים בדם בכיסוי לתרופות סוכרת ורידת צפיפות העצם בכיסוי לתרופות אחר:....

במקרים בהם ברשות המועמד/ת לביטוח פוליסת קיימת ויקבעו לו/לה חרנות בפוליסת החדשיה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרנות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסת הקיימת. ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוון המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הכספי בפוליסת הקיימת.

שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה
מעמד ראש		
בן/בת הזוג		
ילד מעלה גיל 18		

ה. התאמת מוצר (השווהה / ביטול)

1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית לביטוח מסווג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן – "פוליסת קיימות")?
הכיסויים הקיימים בפוליסת הקיימת:.....
במידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא לציין למי:.....

2. אם התשובה חיובית, יש לסתמן בסעיפים הבאים בהתאם להתייחס המתאים בהתיקס **פוליסת הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם**

הפוליסת הקיימת היא מסווג מחלות קשות, תאונות אישיות או ריסק (כיסוי רפואי)	הפוליסת הקיימת היא פוליסת בריאות (כיסוי רפואי)	כן	לא
<input type="checkbox"/> Uber פוליסת קיימת פרטית בהראל: אני/ מעוניין/ים לבטל את הפוליסת הקיימת ולהחליפה ברכישת הפוליסת החדשה	<input type="checkbox"/> לדייעתך, הכספי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כסוי נוסף המבוחט מקרה אחד/ם מעוניין/ים לבטל את הפוליסת הקיימת ולהחליפה ברכישת הפוליסת החדשה	<input type="checkbox"/> אני/ו מעוניין/ים להשאר את הפוליסת הקיימת ללא שינוי	
<input type="checkbox"/> מעבר להמשכיות מפוליסת קבוצתית או מפוליסת קיימת בביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: אני/ מעוניין להשאר את הפוליסת הקיימת בתוקף ללא שינוי	<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף ווסף עבור כסוי זה. אני/נו מאשר/ים את רכישת הכספי וגביתנו מהרימה הנוספת לצורכי הקטנות היקף	<input type="checkbox"/> אני/ו מעוניין/ים להשאר את הפוליסת הקיימת ללא שינוי	<input type="checkbox"/> אני/ו מעוניין/ים להשאר את הפוליסת הקיימת ולהחליפה ברכישת הפוליסת החדשה
<input type="checkbox"/> אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסת הקיימת בחברה אחרת האם ברצונכם כי בקשה הביטול תישלח לחברת הביטוח המבוחטת בפוליסת שברצונכם/כם לבטל: על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשה ביטול. שם חברת הביטוח המבוחטת:.....	<input type="checkbox"/> האם ברצונכם כי בקשה הביטול תישלח לחברת הביטוח המבוחטת בפוליסת שברצונכם/כם לבטל: על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשה ביטול. שם חברת הביטוח המבוחטת:.....	<input type="checkbox"/> אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסת הקיימת בחברה אחרת	

במקרים בהם ברשות המועמד/ים לביטוח פוליסת קיימת ויקבעו לו/לה חרנות בפוליסת החדשיה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרנות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסת הקיימת. ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות, תאונות או ריסק למיניהם) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוון המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הכספי בפוליסת הקיימת.

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

1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה וירשם בדף פרטיה הביטוח שיישלח אליו.
2. אם ברצונך לרכוש פוליסת בריאות הכללת מספר CISIOM, יהיה אפשרות לבטל כל אחד מהכיסויים בכל רגע ללא תלות בכיסויים האחרים. זאת למעט במקרים שרכשת תכנית או כתבת שירות, שניתנים לרכישה רק במקרה עם כיסוי מסוים. במקרה זה,bia ביטולו של כיסוי הבסיס לבטול של תכנית או כתוב שירות זה.
3. הוסףת CISIOM נוספת, הרחבה או כתבת שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתנה לבוחרך והן רשאי לבחור בהם או לומר עליהם מלבלי שהדבר יגע בtier תנאי הפוליסה, אלא אם הסרת CISIOM מסיים מצמוכה הסרת CISIOM נוספים בהתאם להוראות הדין.

4. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת הshawwaah של פתרונות הביטוח לכיסוי נזוחות/השתילות/תראופות, חברות הביטוח השונות בישראל וכן, מدد המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרות להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחו בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: www.mof.gov.il

5. **שליחת דבר פרסום:**

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

הפרטים שמסחרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מוחברת באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיבור אוטומטי או הודעה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: הפרטים שמסחרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מוחברת באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיבור אוטומטי או הודעה טקסט. במספר 2735 *; QR: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il



ב. **הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:**

בנוסף על פרסום שוחברת רשאית לשלווה לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכל חברות בקבוצת הראל, שותפיםיה העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיבור אוטומטי או הודעה טקסט.

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

תשומת ליבך, אי-אפשרן לא吟שׁוב כסבירם לקלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות להזoor בך מהסכמהך בכל עת.

6. **פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ [הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, ניהול חי' מוצרים, טיפול בתביעות, תלומים והליך, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להטות ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימות אחרות. בדרך כלל אין לחברת חוקיק למסור מידע, אולם במקרה שלא למסור מידע, תבוא לכך שלא יוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לSOCAN הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו לביצול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלן, בקשר למטרות אלו.

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

7. **למעשנים בלבד:** לתשומת לך, ככל שאתה מפסק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אני עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתחאים, על מנת שתיתבען האפשרות לשנות עערוף בכספיים הרלוונטיים עבור פוליסזה זו.

8. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998,** "אדם עם זכויות פיסית, נפשית או סוציאלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשללה מוגבל תפקודו באופן מוגהטי בתחום אחד או יותר מתחום החיים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.

9. **בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבוצתי לbijot פרט:** חשוב לדעת שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **איןם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ניתן ליצור איזנו קשר באתר שלנו בכתובת: www.harel-group.co.il או דרך סוכן הביטוח שלך.

10. **גיל המבוטה לצורך חישוב דמי הביטוח בביטוחי בריאות:** נובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטה במועד ההצטראוף לביטוח, ושתנה במהלך תקופה הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל ייקבע כאמור חל יום הולדת המבוטה, ביום הרាលן לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשות בתעודת הזהות. למשל, אם שגגת ים הולדת 40 ביום 10.1.2019, יוחשב הגיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

11. **בביטוח בריאות תוספת רפואי לdati הביטוח, או הנחות dati הביטוח, במידה וקיימות, תחשפנה מהתעריף הבסיסי של המוצר.**

12. **א. הכספי בגין ניתוחים ומחלפי ניתוח בישראל - UPGRADG** על פי הpolloisa מהוña הביטוח משלים, אשר על פי יישולמו תגמולו ביטוח בגין ניתוח המכוסה בpolloisa, שהם מעלה ומעבר להשתפות השב"ן (שירותי בריאות נספחים בנסיבות החולם - כלויות מושלם/ פלטינום, מכבי מן זהב, לאומיות זהב, מאוחדת עדיף/שיא). ככלומר, חברת הביטוח תשלים את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הpolloisa לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזה את עד תקירה הקבועה בpolloisa.

- ב. **למיושש CISIOM בגין ניתוח, על המבוטה לפנות לקופת חולים לימיוש זכיותו על פי הpolloisa.**

- ג. **דמי הביטוח בגין CISIOM ניתוח בישראל - UPGRADE**, נמכרים מdati הביטוח בגין תכנית בעלת CISIOM ביטוח 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולו הביטוח משולמים בה ללא תלות בנסיבות המגיעות בשב"ן).

13. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירותים הצבאי בpolloisa ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

יש לענות על השאלות כן/לא בטור המתאים:

כן	לא	
		1. קבלת מידע מוחותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מוחותי לגבי הביטוח / או הוספה הכספי/ ההרחבה או כתוב השירות לפוליסת ביטוח הקימית שברשותך, לפחות כלל, לפחות עיקרי הכספי הביטוח; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכום ביטוח עיקרי וגבולות אחריות עיקריים; הדעה על קיומן של תקופת אכשלה, תקופת המתנה, החירות לכיסוי הביטוח, החירות בדבר מצב רפואי קדם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקימית לקבל פרטיהם מלאים עליהם?
		2. لمבקש להציג ניכויים וטיפולים מחייב ניתוח בארץ: הציעו לי כיסוי הניכויים הבאים ופירטו בפני את העליות שלהם: כיסוי מהסקל הראשון, כיסוי אפגריד משלים שבן' הכלול השתתפות עצמית בגובה 5,000 ש"ח מזוז מזוז, וכיסוי משלים שבן' ללא השתתפות עצמית.
		3. מסמך אינטראנטי לאיתור מוצר ביטוח: רשות שוק ההון הקימה אחר אינטראנט מאובטח שיאפשר לך לראות במוצרים אחרים את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל ואת כל השירותים שavailable. במידה ואניך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ללחוץ קשר עם חברותנו. ככל שאין מעוניינת/i כי נעביר את פרטי לרשوت שוק ההון כאמור, אפשרותך להזמין מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטיהם, או למלא טופס בקשה מוחמים הקיים באתר האינטראנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לדייעך, אויב העברת הנתונים תמנע מכך לראות את האינטראנט המאובטח את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. אפשרותך להזמין מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטיהם. חשוב לך לידע את השירותים, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאתה מעוניין/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגביו פוליסתו זו.
		4. אני מסמיך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבב מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצעה לפוליסזה זו.
		5. הליך ההצעה: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת הצעה או דחייתה. לדייעך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המומעים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועד אחד וחילוק מהמומעים לביטוח נדרש להמשך התהליך בירור תואם, חותם וקובלה לביטוח, לא תוקף הפוליסה עבור אף אחד מ萌ומים לביטוח ולא תיקס לתקוף עד להשלמת ההילכים עבורי כל המומעים לביטוח. ☐ אני מעוניין כי אם חלק מן המומעים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח תוקף פוליסת הביטוח, למומעים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתן של הליכי החיתום שייתר המומעים לביטוח.
		6. ויתור סודיות רפואי: אני החתום/ה מטה ונתנת/ה בחתומה הרופאים ו/או למוסדותיה הרופאים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיקאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל"ל ו/או לשירות הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגופם אחר, כלל שהדבר דרוש לבירור ושוב תעבויות על פי הpolloisa, ואו לצורכי הליך בחלוקת המבוקש למסו"ה "ה牒בוקש") כל מידע המציין ביזדים ואת כל הפרטיהם, ללא יציאה מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבוקש, על מנת בריאומי על כל מחלוקת שהלתי בה בעבר ו/או שאחלה בה בעודד, ואני משחררת/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואי ומוותרת/ת על סודיות זו ככל"י "ה牒בוקש", ולא תהיננה לי אליכם ו/או למבוקש כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחו החוקים וכל מי שיבוא במקומו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.
		7. תנאי קבלה מיוחד (חזרות ו/או תוספות): במידה והנסיבות הנרכשים מחייבים ברשותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבורי ולידי תנאי קבלה מיוחדיםabis הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הנסיבות החדשים.

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסתרתי בהן נכון רצוני החופשי, ומבקש/ת לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
אם הביטוח נרכש גם עבורי ולידי קטינים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

שם המועמד לביטוח	תאריך	מספר זהות	חתימה
מעומד ראשי			✓
בן/בת הזוג			✓
ילד מעלה גיל 18			✓
ילד מעלה גיל 18			✓
ילד מעלה גיל 18			✓
ילד מעלה גיל 18			✓

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך: שם: מס' רישוי: חתימה וחותמת:

ח. הצהרת הסוכן לעניין צירוף לביטוח

1. אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים בטופס ההצעה זאת, עמדתי בכל ההוראות חזורי המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח ועריכת תכנית לביטוח בריאות, ובפרט ביריתתי את צורכי המועמד/ת, הצעתי ביטוח ו/או הוספה כסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם לצרכיו/ה, ומסטרתי לה/ה את כל המידע המהוות הנדרש וכן קיבלת הסקמות לריצישת הפוליסה.

2. **במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הpolloisa הקימית ולעבורי לפוליסת בהראל:**

להלן ההשווואה שערךתי בין הpolloisa הקימית לפוליסת המוצע (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמייה בpolloisa המוצע	נקמה יותר / ללא הבדל מוחותי / אחר, יש לפרט.....
היקף/תנאי הכספי בpolloisa המוצע	רחוב יותר / ללא הבדל מוחותי / אחר, יש לפרט.....
סכום הbijutoch / תקנות בpolloisa המוצע	גובהים יותר / ללא הבדל מוחותי / אחר, יש לפרט.....
רמת השירות בחברה החדשה	טוביה יותר / ללא הבדל מוחותי / אחר, יש לפרט.....
פרוטו נסף

לאחר בחלוקת הpolloisa הקימית מול הpolloisa המוצעת, המלצותי למועמד/ים לביטוח לעבורי לפוליסת בהראל
תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:



אמצאי לתשלום פרמיות ביטוח רפואי

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מועדן הגבייה: בתשלוט בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוקח עם חברות האשראי, בתשלוט בהוראת קבוע - בהתאם למועדן חיבור הנחותם בחברבה.

1. פתרונות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ ("הראל") אוספות מיעד לצורכי צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול ונוהל ח"י מוצרים, טיפול בתביעות, תלומים והליכים, ניהול וספק שירותי שהראל מעניקה, קיימן הורות הדין, בהתאם ולהצעת מוצריהם ושירותיהם על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטמיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחוריה שלא מסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות.

פירוט נוסף זמין בمدיניות הפרטיות באתר הראל הכלולות גם את דרכיו ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסורה מדיוויר

[ישיר בקישור](https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB)

2. לדייעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יוכב על ידי חברת האשראי/הבנק,عمالות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חזור, כל ותחזיב, יגבו מאמץ התשלום הקים בפולישה.

א. תשלום בהוראת קבוע לבנק

- הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -
 - הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
.....
 תקרת סכום החזיב:
 - מועד גבייה: 5-10 / 15-20 /

- א. סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם ישלו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבעו החוק, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הרכוכות בכך.

שם בעלי החשבון כמפורט בספר הנקן
1. אני/ה ח"מ: מס' ת. זהות / ח.פ.

מכתובה:
..... רחוב מס' עיר מיקוד
מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחזב חשבונו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המותב באמצעות קוד המוסד, בכפוף
לinstructions ששממו לשלול (כלל שיטות)

א. עליו להמליך מלחמות את הפליטים בגדודיו למלון הרכשה ליהונת ברכושה לפקידו בחישובו
 ב. כמו כן יכול היה להרוויח מהרשות הפליטים בגדודיו למלון הרכשה ליהונת ברכושה לפקידו בחישובו

ב. הרשות זו ניתן לסייע על ידי הדוחה בכתבה מתווך לבנק שתבסס על תקופת יום עסקים אחד בלבד לאירוע מסוים תחתו שאותו יוציאו מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיבור. ככל שהמועד הביטול מוגנה נניה ראשם לבטל חיבור מסויים, ובלבד שהזדהה על כך מסמך לרידנו בכתב לבנק, לא יאיתור מ-3 ימי עסקים לאירוע מסוים לאחר מועד החיבור.

ד. נניה ראשois לדריש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התקופ שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביננו לבין המוטב.
אם נקבעו.

ו. הרשותה שלא יעשה בה שימוש במטרה של 24 חודשים מיום חיבור האחרון, בטלה.
 ז. אם תעשו בקבשתנו, הבנק ייעול בהתאם להוראות הרשותה זו, בכפוף להוראות כל דין ומסכם שבינו לבין הבנק.
 ח. במקרה שבו לא ניתן לבצע עסקאות כמפורט לעיל, יאפשרו הבנק לארח הבלתי נסבלני תוך אישור הבנק.

3. אנו מוכנים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרסום הרשאה
לפחות נכבד, סכום החוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי **הראל חברה לביטוח בע"מ**, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצעה והריבית /או על-פי יתרות החוב כפי
אשר הובילו פוליטיקות או תומכות(/ן)

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסווג: לאומי ויזה כל ישראכרט דינרים אמריקן אקספרס אחר

1. לדינית, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.

2. סכומי החוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלומים של פוליטות/ות הביטוח והשנויות שיחולו בהם מעת לעת.

3. ככל שיבצע החור של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלומים זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.

4. היה ופוליטות/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החובים הנובעים מפוליסה/ות שתחולשנה.

5. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיבור כרטיס שינויפק ויישא מספר אחר, כחלקה לכרטיס שמספרו מצוי בטופס זה.

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



ג. בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

1. לתשלום הפרמייה **באמצעי תשלום חדש** עבור כל המבוטחים בפוליסה (לרוב אליהם שמצורים בהצעה זו) יש למלא את פרטיו אמצעי התשלום החדש (ברוראית קבוע או בכרטיס אשראי).
2. **لتשלום הפרמייה באמצעות אמצעי התשלום הקיימים בפוליסה יש לחתום מטה.**
חשיבות זהה דרושת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמייה בגין צירוף המבוטחים הננספים על פי הצעה זו באופןו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	חתימת המשלם	תאריך	מספר זהות המשלם	חתימת המשלם

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

שם המשלם שאינו המבוטח	טלפון נייד	רחוב	מספר	יישוב	שם

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

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבר המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שלמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יחולט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי וכי כל תשלום אחר על החבורה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפחות בפוקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	חתימת המשלם	תאריך	מספר זהות המשלם	חתימת המשלם

