

שם הסוכן:..... מספר סוכן:..... התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:.....

חשוב לדעת:

1. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.  
2. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

א. פרטי המועמדים לביטוח

אופן קבלת הודעות ומסמכים:

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידע ועדכונים ביחס לפוליסות שלך אצלנו ב"הרצל", יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך שמעודכן אצלנו בהרצל במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחלק הפרטים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסמן כאן ☐ לעדכון הפרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

מועמד ראשי לביטוח	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות					
שם משפחה					
שם פרטי					
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מין					
תאריך לידה					
קופת חולים					
שב"ן					
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?					
עיסוק					
מצב אישי					
טלפון נייד					
כתובת דוא"ל					
כתובת מגורים:					
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למועמד הראשי					
רחוב					
מס' בית					
יישוב					



ב. בחירת כיסויים											
פרוט הכיסוי המבוקש (יש לסמן ב-v)											
טיפול פרימיום - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	

ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. לצורך רכישת כיסוי זה נדרש שיהיו ברשותך כל הכיסויים הכלולים בפוליסת הבריאות הבסיסית: השתלות וטיפולים מיוחדים, תרופות וניתוחים בחו"ל. האם קיימים ברשותך כיסויים אלו (גם בחברות ביטוח אחרות)?											
2. במידה וענית לא:											
■ האם הנך בן/בת 60 ומעלה ואינך מעוניין/נת לרכוש את כל או חלק מפוליסת הבריאות הבסיסית?											
■ האם בשל הליך חיתומי לא התקבלת לאחת מתכניות הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית או שהתקבלת בכפוף להחרגה או בתוספת חיתומית?											
■ האם הרכבת המדוברת:											
■ האם הכיסוי המבוקש על ידך בטופס זה הינם במסגרת מימוש זכות ההמשכיות מפוליסה קבוצתית שהייתה ברשותך?											

ג. הצהרת בריאות (קוד פנימי - 30)

1. יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה כן/לא. בסימון תשובה "כן", יש לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה בסימון □. 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.

האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:											
מועמד ראשי לביטוח		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> אירוע מוחי * <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * <input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> רעד * <input type="checkbox"/> פיגור שכלי * <input type="checkbox"/> אוטיזם * <input type="checkbox"/> תסמונת דאון * <input type="checkbox"/> שיתוק מוחי * <input type="checkbox"/> פוליו * <input type="checkbox"/> גושה *											
2. מחלה/בעיה ברשתית העין *											
3. דום נשימה בשינה											
4. <input type="checkbox"/> לב [4]											
5. האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם/כולסטרול [6]											
6. <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס *											
7. <input type="checkbox"/> קרוהן / <input type="checkbox"/> קוליטיס [9] <input type="checkbox"/> טחורים [30] <input type="checkbox"/> פיסורה [31]											
8. <input type="checkbox"/> גאט <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה *											
9. <input type="checkbox"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19]											
10. <input type="checkbox"/> גידולים ממאירים / <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות (סרטן) *											
11. <input type="checkbox"/> לילדים עד גיל 18: <input type="checkbox"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי * <input type="checkbox"/> נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים <input type="checkbox"/> הפרעה או בעיה רגשית *											
שאלות נוספות											
12. 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) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *											

(י) השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

ד. אישור תנאי קבלה מראש

אני מסכימ/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאי חיתום המפורטים כאן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של .....%, עקב בעיית: ☐ לחץ דם ☐ כולסטרול ☐ שומנים בדם ☐ סוכרת ☐ סיבות אחרות. ....

לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: ☐ טחורים ☐ פיסורה ☐ אחר: .....

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

1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית ביטוח מסוג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")?  
במידה והתשובה מתייחסת רק לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי: .....
2. אם התשובה חיובית, יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם
- ☐ עבור פוליסה קיימת פרטית בהראל:  
אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת ולהחליפה ברכישת הפוליסה החדשה
- ☐ במעבר בהמשכיות מפוליסה קבוצתית או מפוליסה קיימת בביטוח קבוצתי לפוליסת פרט:  
☐ אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי (יש לצרף נספח כפל ביטוח).  
☐ אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת ולהחליפה ברכישת פוליסה חדשה.
- ☐ אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בחברה אחרת:  
האם ברצונכם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל:  
☐ על ידכם ☐ ע"י סוכן הביטוח ☐ ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול.  
שם חברת הביטוח המבטחת: .....
- במקרים בהם ברשות המועמד/ים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה:** על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.
- 1. מידע למועמד לביטוח**  
התשובות המפורטות בהצגת הבראות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפקת הפוליסה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליך.
  2. אם ברצונך לרכוש פוליסת בריאות הכוללת מספר כיסויים, יהיה באפשרותך לבטל כל אחד מהכיסויים בכל רגע ללא תלות בכיסויים האחרים. זאת למעט במקרה שרכשת תכנית או כתב שירות, שניתנים לרכישה רק ביחד עם כיסוי בסיס מסוים. במקרה זה, יביא ביטולו של כיסוי הבסיס לביטול של תכנית או כתב שירות זה.
  3. 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, אלא אם הסרת כיסוי מסוים מצריכה הסרת כיסויים נוספים בהתאם להוראות הדין.
  4. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).
5. שליחת דבר פרסומת:  
**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.**
6. **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.  
פירוש 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>.
  7. **למעשנים בלבד:** לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.
  8. **אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמוגדר בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998,** "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", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.
  9. **בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבוצתי לביטוח פרטי:** חשוב לדעת שהכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט **אינם זהים**. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ניתן ליצור איתנו קשר באתר שלנו בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) או דרך סוכן הביטוח שלך.
  10. **גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח בביטוחי בריאות:** גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח, וישתנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל ייקבע כאילו חל יום הולדת המבוטח, ביום הראשון לחודש ההולדת ולא בתאריך הרשום בתעודת הזהות. למשל, אם חגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יחושב "גיל הביטוחי" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.
  11. **בביטוחי בריאות תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר.**
  12. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

ז. הצהרת המועמדים לביטוח

יש לענות על השאלות כן/לא בטור המתאים:

כן

לא

1. קבלת מידע מהותי:

האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי /ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח הקיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטים מלאים עליהן?

2. 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. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניינת/ת כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).  
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.  
באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים.  
חשוב לדעת כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניינת/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

3.

אני מסמיך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

4. הליך הצטרפות:

הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.  
☐ אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח.

5. ויתור סודיות רפואית:

אני החתום/ה מטה נותנת/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למ"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 קבלת לביטוח המבוקש** למסור ל"הראל" (להלן: "**המבקש**") כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, ואני משחררת/אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרת/על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.

6. תנאי קבלה מיוחדים (החרגות ו/או תוספות):

במידה והכיסויים הנרכשים מחליפים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשרת/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ילדי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכיסויים החדשים.

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרתי הן נכונות, מלאות וניתנות מתוך רצוני החופשי, ומבקש/ת לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אם הביטוח נרכש גם עבור ילדים קטנים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

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

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך:..... שם:..... ת"ז:.....  
מס' רישיון:..... חתימה וחותמת:.....

47979.5 ת"ד 47979.5

עמוד 4 מתוך 7

1. אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזרי המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח ועריכת תכנית לביטוח בריאות, ובפרט ביררתי את צורכי המועמד/ת, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם לצרכיו/ה, ומסרתי לו/ה את כל המידע המהותי הנדרש וכן קיבלתי הסכמתו לרכישת הפוליסה.

2. במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל: להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמיה בפוליסה המוצעת	נמוכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט.....
היקף/תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט.....
סכומי הביטוח / תקרות בפוליסה המוצעת	גבוהים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט.....
רמת השרות בחברה החדשה	טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט.....
פרוט נוסף	.....
	.....

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

תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימת הסוכן:.....

1. **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>.
2. **לידיעתך,** ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.


א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: .....										סניף: .....										כתובת הסניף: .....																													
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)										קוד המוסד										קוד מסלוק										סוג חשבון										מספר חשבון בנק									
										6   0   8										סניף										בנק																			

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).

2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:  
חשוב לדעת, בקשה זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

## ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	יישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? ☐ הורה ☐ ילד ☐ אחר .....

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

**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, להתאם 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>.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			