

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

חשוב לדעת:

- עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לכל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
- 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)

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מועמד ראשי לביטוח	
						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
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למועמד הראשי				כתובת מגורים:		
						רחוב
						מס' בית
						יישוב



ב. בחירת כיסויים						
פוליסת בריאות בסיסית (יש לסמן ב-v)						
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	בסיס
						תרופות מחוץ לסל הבריאות
						השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
						ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

ניתוחים בישראל והרחבות אם לא נבחרה פוליסת בריאות בסיסית, לצורך רכישת כיסויי בריאות נוספים יש לענות על השאלה הבאה:											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. לצורך רכישת כיסויים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי, נדרש שיהיו ברשותך <b>כל הכיסויים הכלולים בפוליסת הבריאות הבסיסית: השתלות וטיפולים מיוחדים, תרופות וניתוחים בחו"ל. האם קיימים ברשותך כיסויים אלו (גם בחברות ביטוח אחרות)?</b>											
2. במידה וענית לא: <ul style="list-style-type: none"> <li>האם הנך בן/בת 60 ומעלה ואינך מעוניין/נת לרכוש את כל או חלק מפוליסת הבריאות הבסיסית?</li> <li>האם בשל הליך חיתומי לא התקבלת לאחת מתכניות הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית או שהתקבלת בכפוף להחרגה או בתוספת חיתומית?</li> <li>אנא ציין את התכנית המדוברת:.....</li> <li>האם הכיסויים המבוקשים על ידך בטופס זה הינם במסגרת מימוש זכות ההמשכיות מפוליסה קבוצתית שהייתה ברשותך?</li> </ul>											

פרוט הכיסויים (יש לסמן ב-v)											
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ניתוחים					
כן	לא	כן	לא	כן	לא						
						UPGRADE ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית					
						ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- שקל ראשון					
						ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪					
						ייעוץ ובדיקות - בסיס					
						ייעוץ ובדיקות- מורחב					
						אבחון רפואי מהיר - תכנית שירות					
						טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים					
						טיפולים ואבחונים לילד					
						ליווי רפואי וטיפולים לאחר אירוע רפואי משמעותי					
						רפואה משלימה					
						רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.					
						ביקור רופא בבית*					

\*שירות ביקור רופא ניתן בכל ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון, חבל עזה ויישובי בקעת הירדן והערבה. השירות ניתן גם במעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקוה. מנוי המתגורר ברמת הגולן יהיה זכאי לשירות בקצרון או בכל ישוב אחר באיזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו למוקד הרפואי באיזור.

פירוט הכיסויים (יש לרשום סכום ביטוח מבוקש בש"ח)											
סכום הביטוח בש"ח											
ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	מחלות קשות פרימיים - מענקית זהב					
כן	לא	כן	לא	כן	לא						
						מענקית סרטן - פיצוי למחלת הסרטן					

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. ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪.
2. **ברכישת מחלות קשות יש לצרף שאלון ילדים במקרים הבאים:** עבור ילד עד גיל 6 חודשים, או עבור ילד בגיל 6-12 חודשים שמבקשים לרכוש עבורו סכום.
3. **אם גילך 65 ומעלה,** אנו מבקשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.
4. חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות רלוונטיות רק לכיסויים ספציפיים. באפשרותך לבקש מסוכן הביטוח שאלון ייעודי, הכולל שאלות הנדרשות לצורך הצטרפות לכיסויים המבוקשים על ידך בלבד.

		מועמד ראשי לביטוח		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
למלא מגיל 10	גובה (בס"מ)												
	משקל (בק"ג)												
10	האם ירדת במשקל בשנתיים האחרונות? מה הסיבה? □ דיאטה? ירדה של ..... ק"ג □ ניתוח להפחתת משקל □ ירידה לאחר לידה □ סיבה אחרת*	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים:	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1	מערכת העצבים* □ אירוע מוחי* □ גידולי מוח* □ אפילפסיה [22] □ טרשת נפוצה* □ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* □ פרקינסון* □ רעד* □ פיגור שכלי* □ אוטיזם* □ תסמונת דאון* □ שיתוק מוחין* □ פוליו* □ גושה* □ הפרעות קשב וריכוז או הופנית ב-5 השנים האחרונות לברור בנושא זה? □ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות*?												
2	מחלת נפש מאובחנת, לרבות חרדה, דיכאון, OCD ופוסט טראומה (PTSD)? [25]												
3	עיניים וראייה [1] (יש להצהיר על ליקוי ראייה רק אם מספר העדשות גדול מ-8)												
4	□ אף [2] □ אוזן [2] □ גרון [2]												
5	□ לב [4] □ כלי דם [7] □ מחלת דם [34]												
6	האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות לצורך טיפול ב: □ יתר לחץ דם [5] □ סוכרת [12] □ יתר שומנים בדם/כולסטרול [6]												
7	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]												
8	□ ריאות ודרכי הנשימה [3] □ סיסטיק פיברוזיס*												
9	□ קיבה, מעיים, ושת, כיס מרה [9] □ כבד או צהבת [10] □ טחורים [30] □ פיסורה [31]												
10	בקע (הרניה) [32]												
11	מחלות של מערכת החיסון: □ איידס ו/או נשאות HIV* □ זאבת (לופוס)*												
12	□ כליות ודרכי השתן [13]												
13	□ FMF [8] □ גאוס □ פיברומיאלגיה*												
14	□ גב ועמוד השדרה [21] □ ברכיים [20] □ שברים [18] □ ירידה בצפיפות העצם [17] □ הלוקס ולגוס □ מפרקים [19] □ CTS - באיזה צד? □ ימין □ שמאל												
15	□ גידולי עור [16] □ נגעי עור ו/או נקודות חן [16] □ מחלות עור □ הזעת יתר [16] □ פסוריאזיס - האם קיימת פגיעה במפרקים? □ לא □ כן												
16	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*												
17	לגברים מגיל 18: □ ערמונית (פרוסטטה) [14] □ בעיות פריון □ אשכים [35]												
18	לנשים מגיל 14: □ שדיים לרבות הגדלת חזה [15] □ מערכת גניקולוגית [15] □ בעיות פריון □ האם הנך בהריון? מהו משקלך לפני ההריון? ..... □ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? .....												
19	לילדים עד גיל 18: □ הפרעה/ עיכוב התפתחותי* □ הפרעת גדילה* □ מומים מולדים [36] □ חך/שפה שסועה/ [36] □ אשך טמיר [36] □ נולדה/ פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים □ הפרעה או בעיה רגשית*												
שאלות נוספות													
20	למלא מגיל 14												
21	□ האם הנך משתמשת/ או השתמשת בסמים? [33] □ האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? □ האם הנך מעשנת/ או עישנת בשנתיים האחרונות? □ אם כן - כמה סיגריות ביום? ..... [26]												
22	האם עברת ניתוח ב-10 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? □ כן □ לא [23]												
23	האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? □ כן □ לא - יש להעביר פרוט												
24	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 רגיל, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, קולפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/הרדמה) □ אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? □ כן □ לא*												
25	ברכישת ביטוח מחלות קשות: האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה (הורים ואחים או אחיות) הקשורים ללב, סרטן השד, סרטן השחלות, סרטן הערמונית (פרוסטטה), סרטן המעי כולל פוליפוזיס משפחתי, כליות פוליציסטיות, סוכרת, מערכת העצבים: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, הנטינטון? [27]												
26	ברכישת ביטוח לניתוחים ומחילי ניתוח בישראל: □ האם הנך עוסק בספורט מקצועי אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? □ פרוט העיסוק: .....												

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



^dt2498

אני מסכימה/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 ☐ ירידה בצפיפות העצם ☐ לב וכלי הדם הכליליים ☐ סיבות אחרות.....

**לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:** ☐ ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי ☐ הריון ולידה נוכחים ☐ הבקע המוצהר בשאלה 10 ☐ טחורים ☐ פיסורה ☐ כולסטרול בכיסוי לתרופות ☐ שומנים בדם בכיסוי לתרופות ☐ סוכרת ☐ ירידה בצפיפות העצם בכיסוי לתרופות ☐ אחר:.....

**במקרים בהם ברשות המועמד/ת לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/לה החרגות בפוליסה החדשה:** על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (מחלות קשות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.

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				

## ה. התאמת מוצר (השוואה / ביטול)

1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח תוכנית ביטוח מסוג דומה לתוכנית אליה מבקשים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן- "פוליסה קיימת")?  
 הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:.....  
 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

הפוליסה הקיימת היא מסוג מחלות קשות, תאונות אישיות או ריסק (כיסויי פיצוי)	הפוליסה הקיימת היא פוליסת בריאות (כיסויי שיפוי)
<input type="checkbox"/> אני/ו מעוניינ/ים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי <input type="checkbox"/> אני/ו מעוניינ/ים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהחליפה בקבוצתית או מפוליסה קיימת בביטוח היקף הפיצוי. <input type="checkbox"/> אני/ו מעוניינ/ים לבטל את הפוליסה הקיימת ולהחליפה ברכישת פוליסה החדשה	<input type="checkbox"/> עבור פוליסה קיימת פרטית בהראל: אני/ו מעוניינ/ים לבטל את הפוליסה הקיימת ולהחליפה ברכישת הפוליסה החדשה <input type="checkbox"/> במעבר בהמשכיות מפוליסה קבוצתית או מפוליסה קיימת בביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: <input type="checkbox"/> אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי <input type="checkbox"/> אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת ולהחליפה ברכישת פוליסה חדשה
<input type="checkbox"/> אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בחברה אחרת האם ברצונכם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:.....	<input type="checkbox"/> אני/ו מבקש/ת לבטל את הפוליסה הקיימת בחברה אחרת האם ברצונכם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: <input type="checkbox"/> על ידכם <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> 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. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (מחלות קשות, תאונות או ריסק למוות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמד/ים לביטוח לבטל או להקטין את הפיצוי בפוליסה הקיימת.

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות 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:

[https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS\\_unsubscribe1@harel-ins.co.il](https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS_unsubscribe1@harel-ins.co.il); 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.

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>.

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 ה"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. **א. הכיסוי בגין ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - UPGRADG** על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים - כללית מושלם/ פלטיניום, מכבי מגן זהב, לאומית זהב, מאחדת עדיף/ שיא). כלומר, חברת הביטוח תישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

**ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח,** על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברת ביטוח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

**ג. דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - UPGRADE,** נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

13. **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. למבקשי להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ:

הציעו לי כיסויי הניתוחים הבאים ופירוטו בפני את העלויות שלהם: כיסוי מהשקל הראשון, כיסויי אפגרייד משלים שב"ן הכולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ צמוד מדד, וכיסוי משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.

3. 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 מעוניין/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 מעוניין/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

4. 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.

5. 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 להמשך 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.

6. ויתור סודיות רפואית:

אני החתום/ה מטה נותן/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 בידיכם 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/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרת על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה 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.

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

במידה והכיסויים הנרכשים מחליפים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשרת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ילדיי 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: .....

ח. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח

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, הצעת 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: .....

479794 ת"ד 994

עמוד 6 מתוך 8

- 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. לידעתך,** 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: .....

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		סניף בנק	6 0 8	

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב: ..... ש. מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום: ..... / ..... / .....

☐ מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25

### 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/הח"מ: .....

מס' ת. זהות / ח.פ.

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מכתובת:

מיקוד

עיר

מס'

רחוב

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר לידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- 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.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- 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.
- 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: .....

## ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ לאומי ויזה ☐ ויזה כאל ☐ ישראלכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר

תוקף הכרטיס	מס' הכרטיס

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

2. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

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

4. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה.

5. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: ..... שם בעל הכרטיס: ..... ת"ז בעל הכרטיס: ..... חתימת בעל הכרטיס: .....



^dt2511

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

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

