

הצעה לביטוח מענקית סרטן (20,000 ₪) וכתבי שרות

למועמדים לביטוח עד גיל 65

מהדורת 9/2016 - תוקף הטופס: עד 31/12/2017

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 7348178-03.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים, 1-700-702-870; השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

שם הסוכן	מספר הסוכן	שם המפקח	מספר ההצעה	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח
				0 1

א. פרטי המועמדים לביטוח

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב
מבטח ראשי	○ זכר ○ נקבה				
בן/בת זוג	○ זכר ○ נקבה				
ילדים	○ זכר ○ נקבה				1
	○ זכר ○ נקבה				2
	○ זכר ○ נקבה				3
	○ זכר ○ נקבה				4
עיסוק (לרבות ספורט מקצועני)	שם קופת חולים	ש"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל		
מבטח ראשי					
בן/בת זוג					
ילדים					
כתובת מגורים של המבטח הראשי	רחוב	מספר בית	יישוב	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת דוא"ל של המבטח הראשי	כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים		E-mail	@	
כתובת דוא"ל של בן/בת זוג	כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים		E-mail	@	

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (יש לסמן ב- ✓)

שם התוכנית	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מענקית סרטן - סכום ביטוח: 20,000 ₪ פיצוי למחלת הסרטן (כיסוי בסיס)						
כתבי שרות						
אבחון רפואי מהיר						
רופא מלווה אישי						
רפואה אישית און ליין						
רפואה משלימה						
<ul style="list-style-type: none"> לרכישת סכומי ביטוח גבוהים יותר במענקית לסרטן ו/או לרכישת כיסויים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה. גיל כניסה מינימאלי למענקית סרטן: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה - יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימאלי למענקית סרטן: 65 שנה לצורך רכישת כתבי השרות יש לרכוש כיסוי בסיס 						

ג. הצהרת בריאות:

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ובמקרה של תשובה חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

	מבטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק
1	האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות?											
2	מהלך ברור תופעה או מחלה, שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? האם אובחנת בעבר או מאובחנת כיום עם מחלה או גידול ממאיר (סרטן)?											
3												

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת כן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסת ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסת ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. (ב) אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביןך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ויתור על סודיות רפואית: אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למסודותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.
- 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 המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- (א) אני/נו מסמיכים/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו. (ב) אני/נו מסכימים/ים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).

סעיפים חובה למענה

- בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. **האם הנך/ם מוסמכים/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?**
 - 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 קיימת 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, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?
- במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 6 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

7. הסכמה על שימוש בביטוח וקבלת דבר פרסומת

- (א) האם הנך מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעליך לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלך כמפורט בטופס הצעה זה?
 - (ב) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותך, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - (ג) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
- אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

8. השוואה / ביטול:

- (א) האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?
 - (ב) האם בכונתך להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה שברשותך בעקבות בקשתך להצטרף לפוליסת המפורטות בטופס הצעה זה?
- אם ענית לסעיף (א) בחיוב: האם ברצונך לבטל את הפוליסה ברשותך?**
- לא כן - האם ברצונך כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל:
- על ידך
- ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום)
- ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול חתום) שם חברת הביטוח המבטחת: _____

במידה והתשובות לסעיפים (א) ו- (ב) חיוביות, וייקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שישלח לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה המקורית.

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
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:
				חותמת:

ה. המוטבים במקרה מוות												
% מסכום הביטוח	קרבה	ת.ז.										שם פרטי ומשפחה
												מבוטח ראשי
												בן/בת זוג
												ילד 1
												ילד 2
												ילד 3
												ילד 4

ו. מידע למועמד לביטוח
<p>1. לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).</p> <p>2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p> <p>3. לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.</p> <p>4. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</p>

ז. הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן)
<p>אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/הם.</p> <p>תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____</p>

א הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: ת.ז.:

לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות:

לגביה מפוליסה קיימת, מס' פוליסה:

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".

ב תשלום בהוראת קבע לבנק

סניף: כתובת הסניף:

לכבוד, בנק:

מס' 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 מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש.ש.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום / /

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 - אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.
1. אני/ו הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.ז.הות / ח.פ.

מכתובת:

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

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה 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 על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - 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.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מייד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ג הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינינס לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר:

שם בעל הכרטיס: מס' ת.ז.:

רחוב: מס': ישוב: מיקוד:

טלפון: טלפון בית: טלפון עבודה: טלפון נייד:

מס' הכרטיס: תוקף הכרטיס:

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזר באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.

יודגש, כי כל תשלום אחר, אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופנק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: חתימת בעל הפוליסה: