



**לידיעתך:**

1. התשובות המפורטות בהצהרת הביטוח וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרישוי בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הנים כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין אינסייט קבע"מ ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי התריגים כאמור בו.
5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסת ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסת ולמטרות ליגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. 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 או למוקד השירות \* 2735

**8. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב"ן:**

- א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חברים/ם ("שב"ן": "כללית מושלם/פוליטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חברים/ם. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (לכל תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'ההשקל הראשון').
- ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאים/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'ההשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הפעלת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**הצהרת המועמדים לביטוח**

1. אני/אנו החתומים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
  - א. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - ב. בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): 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?  כן  לא

**2. הליך הצטרפות:**

ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

**ויתור על סודיות רפואית**

אני/נו החתומים/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא/ל ול/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 קבלת לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחלתי/ינו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

**חתימת המועמדים לביטוח**

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

**הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או יהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות ליגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

ב. 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 חיוב 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.hrel.co.il/pirsum](http://www.hrel.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" ישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

**עיקרי הכיסויים בפוליסה \***

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א'	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<b>השתלה</b> הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה) הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,000,000 ₪. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,000 ₪ או 3,550 ₪ לתקופה של 24 חודשים. <b>טיפול מיוחד בחו"ל</b> טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 800,000 ₪.
ב'	תרופות מחוץ לסל	כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי בריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות, בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות כמפורט בתנאי הפוליסה ובין היתר - תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואשרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 1,500,000 ₪ מתחדש מדי 3 שנים.
ג'	ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון)	כיסוי מלא להוצאות רפואיות הקשורות בניתוחים בישראל. ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע. 2 התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד סך של 1,200 ₪ אצל ספק שירות שלא בהסדר, בהשתתפות עצמית של 20%.
ד'	כיסוי לניתוחים בארץ לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ובשל הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח - לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. שב"ן - "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאונדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב". 2 התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד סך של 1,200 ₪ אצל ספק שירות שלא בהסדר, בהשתתפות עצמית של 20%. ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.
ה'	טיפולים מחלפי ניתוח	טיפול רפואי שאיננו ניתוח, המבוצע כתחליף לניתוח רפואי. כיסוי מלא ועד לתקרת העלות לחברה.
ו'	ניתוחים פרטיים בחו"ל	השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מראש של המבטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה - כיסוי מלא. שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז.
ז'	שירותים רפואיים אמבולטוריים	<b>בין היתר</b> , התייעצות עם רופא מומחה: עד 800 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. <b>בדיקות רפואיות אבחנתיות</b> : עד 2,500 ₪ לבדיקות אבחנתיות ועד 4,000 ₪ לבדיקות הדמיה, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.
ח'	כתב שירות: רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי כמוגדר בתנאים. החזר עד תקרה 160 ₪ לטיפול ועד 2,125 ₪ לשנת ביטוח. עד 16 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
ט'	שירותים רפואיים ייחודיים	קבלת שירותים רפואיים ייחודיים ע"י נותני שירות שבהסכם. השירותים הנכללים: שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה, שירות ביקור רופא 24 שעות ביממה, שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים, שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי, שירותי מעבדה עד הבית.
י'	ביטוח סייעודי	תשלום גמלת סייעוד של 11,130 ₪ לחודש לתקופה מקסימלית של עד 60 חודשים בגין מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מ- 3 מתוך 6 הפעולות המפורטות בפוליסה ו/או מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש", כהגדרתה בפוליסה, שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום.

**הרחבה**

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
י'	ביטוח סייעודי	הרחבת תקופת הפיצוי לכל החיים.

\*הטבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות ובחוברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים.

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

**דמי הביטוח החודשיים ב - ש"ח \***

פרקים א-ג, ד-י (מסלול ניתוחים משלים שב"ן)	פרקים א-ג, ה-י' (מסלול ניתוחים "מהשקל הראשון")	עובד/ת
113.73	161.00	בן/בת זוג /ילד מעל גיל 26 שנה
113.73	161.00	ילד(*) עד גיל 26 שנה
24.21	35.47	

(\*) ילד עד גיל 26

מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה

רובד הרחבת תקופת הפיצוי בסיעוד לכל החיים:

גיל	דמי הביטוח החודשיים ב-ש"ח
*ילד עד גיל 26	ללא פרמיה
26-29	10.28
30-39	18.73
40-49	39.04
50-54	92.97
55-59	141.23

\*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.3.2016.

**הצהרת בריאות למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד**

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, שמספרו מופיע בסוגריים מרובעים [ ], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון כוכבית (\*) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.


חלק א':	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד 4 שם:	
			כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)									
6	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? עליה ○ ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? ○ דיאטה ○ אחרת									
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)									
3	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/ מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ תרופה זו?									
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרטי/									
5	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]									

חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
											1 מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: <input type="radio"/> מערכת העצבים* <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה* <input type="radio"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו המלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*
											3 מערכת לב וכלי דם: לב [4] <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*
											4 מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="radio"/> לחץ דם [5] <input type="radio"/> שומנים בדם [6] <input type="radio"/> סוכרת [12]
											5 מערכת הנשימה: <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="radio"/> אסטמה [3]
											6 מערכת העיכול: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> ושת [9] <input type="radio"/> כבד [10]
											7 מערכת השתן: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13]
											8 אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים [18][19] [20] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> שברים [18]
											9 בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]
											10 עיניים וראייה [1] <input type="radio"/> יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7
											11 גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*
											12 מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]
											13 לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="radio"/> בעיות פרוין <input type="radio"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי?
חלק ג': ברכישת כיסוי סיעודי יש לענות בנוסף גם על השאלות הבאות:											
											1 האם הנך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?
											2 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: <input type="radio"/> פרקינסון* <input type="radio"/> רעד* <input type="radio"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות?* <input type="radio"/> אוטיזם* <input type="radio"/> תסמונת דאון* <input type="radio"/> שיתוק מוחין* <input type="radio"/> פיגור שכלי* <sup>1</sup>

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

### הצהרת הסוכן לביורור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):

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.

שם סוכן	תאריך	חתימה
		

**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**

**פרטי הוראה**

לכבוד, בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת הסניף: \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		בנק	סניף	
_____	_____	_____	_____	6 0 8

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש.מ. \_\_\_\_\_

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/הח"מ: \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' ת.זהות / 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:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. 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.
- ג. 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. 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.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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.

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  דינירס  לאומי קארד  אמריקן אקספרס  אחר: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

מיקוד	מס'	ישוב
_____	_____	_____

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 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 שיונפק 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: \_\_\_\_\_