

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 7348178-03.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים, 870-702-700-1: 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 <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						מבטח ראשי
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						בן/בת זוג
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						ילדים 1
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						2
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						3
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						4
שם רופא מטפל		שם קופת חולים		עיסוק (לרבות ספורט מקצועני)		מבטח ראשי
						בן/בת זוג
						ילדים
מספר טלפון נייד		מספר טלפון	מספר בית	רחוב		כתובת מגורים של המבטח הראשי
E-mail		@		כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים		כתובת דוא"ל של המבטח הראשי
E-mail		@		כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים		כתובת דוא"ל של בן/בת זוג

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

שם התוכנית	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
מענקית סרטן - (ביטוח למחלת הסרטן) רכישה בכפולות של 50,000 ₪, עד סכום ביטוח של 250,000 ₪ לילדים ו-500,000 ₪ למבוגרים						
כתבי שירות (סמן ב- v)						
אבחון רפואי מהיר						
רופא מלווה אישי						
רפואה אישית און ליין ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית רפואה משלימה						
תוכניות ביטוח חיים למקרה מוות (למבטחים מעל גיל 21)						
מגן 1 (פרמיה משתנה כל שנה) סכום ביטוח מירבי 750,000 ₪						
מגן 5 (פרמיה משתנה כל 5 שנים) סכום ביטוח מירבי 750,000 ₪						
ברכישת תוכנית מגן חובה למלא את הפרטים הבאים:						
עיסוק	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן
סוג התחביב						
פירוט התחביב (אם מסוכן פרט במילים)						

- לרכישת סכומי ביטוח גבוהים יותר במגן, או כיסויי בסיס ונספחים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.
- גיל כניסה מינימאלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה - יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים.
- גיל כניסה מקסימאלי למענקית סרטן: 65 שנה

ג. הצהרת הבריאות

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה.

- במקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [] , לדוגמא [4].
 - במידה ויש סימון * לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה נדרש 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' - שאלות כלליות											
שם ילד 4	שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם מבטח ראשי		שם בן/בת זוג		לא	p	לא	p
				לא	p	לא	p				
1 האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמה סיגריות מעשן/עישנת ביום [26]											
2 האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? O האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?											
3 מהלך ברור תופעה או מחלה, שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?*											
4 למיטב ידיעתך, האם בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחות, אח, בן, בת) יש או היו מחלות ממאירות (סרטן) [27]											
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
1 O קרון [9] O קוליטיס [9] O שחמת כבד * O צהבת (B, C) *											
2 O מחלות/ גידולים ממאירים * O גידולים טרום סרטיים * O גידולים שפירים בשנה האחרונה *											
3 O גידולים שפירים בשנה האחרונה *											

ברכישת מגן 1 ו/או מגן 5 - יש למלא בנוסף גם את ההצהרה הבאה:

חלק א' - שאלות כלליות											
שם ילד 4	שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם מבטח ראשי		שם בן/בת זוג		לא	p	לא	p
				לא	p	לא	p				
1 גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)											
2 האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?											
3 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 לב [4]											
2 מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: O יתר לחץ דם [5] O סוכרת (לרבות סוכרת הריון) [12]											
3 O כבד [10]											
4 איידס ו/או נשאות HIV *											
5 כליות [13]											

במידה והמענה לאחת או יותר מהשאלות הינו חיובי, יש למלא הצהרת בריאות מלאה

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

ה. הצהרת המועמדים לביטוח											
1. אני/אנו החתומים מטה מבקשים 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 לפוליסות 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 בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.											
(ב) אני/אנו מצהירים 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 בינך/ם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.											
2. ויתור על סודיות רפואית: אני/נו החתומים מטה נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח 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, 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 עצבוננו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.											
3. 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 נתאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא יכנס 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).											
4. (א) אני/נו מסמיכים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמינו/נו ועבורינו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך הצטרפות לפוליסה זו.											
(ב) אני/נו מסכימים 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 הצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל (בכל עת, בטלפון *הראל 2735).											

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:
- 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 ייעשה 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 לביקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ח. 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: