

שם סוכן: מס' סוכן: מס' הצעה: שם מפקח: תאריך תחילת הביטוח:

אני, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

פרטי המועמד לביטוח	
שם משפחה	שם פרטי
מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מיון <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מס' ישוב	מיקוד
רחוב	טלפון
טלפון נייד	אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת @ וזאת במקום באמצעות הדואר.

הטופס מתאים למבוטחים עד גיל כניסה 60.

סוג הפוליסה המבוקשת (סמן ב-✓)			
שם התכנית	סכום הביטוח (ס"ב מקסימלי 750,000 ₪)	שם התכנית	סכום הביטוח (ס"ב מקסימלי 750,000 ₪)
<input type="checkbox"/> מגן 1*	ש	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	ש
<input type="checkbox"/> מגן 5	ש	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	ש
<input type="checkbox"/> מגן בטוח	ש	<input type="checkbox"/> שחרור עד גיל 67 (90 ימי המתנה)	ש

*במגן 1, ביטוח יסודי הינו עד גיל 85, החל מגיל 76 יקטן הכיסוי הביטוחי ב-25% ובגיל 80 סכום הביטוח יקטן ב-50% מהסכום המקורי.

המוטבים למקרה מוות*				
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	קרבה	החלק באחוזים
1.				
2.				
3.				

*בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

הצהרת בריאות	
א. אין לי נכות העולה על 25%.	ג. אינני חולה ולא הייתי חולה במחלות לב, סרטן, כבד, לחץ דם, סכרת, כליות, איידס (לרבות נשאות).
ב. לא הייתי בחדר מיון ולא אושפזתי בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה בחמש השנים האחרונות.	ד. אינני נמצא בתהליך בירור או ייעוץ רפואי כלשהוא.
	ה. האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (סמן X בתשובה הנכונה).
	ו. גובה בס"מ משקל בק"ג

תאריך: חתימת מועמד לביטוח: /

במידה ואינך עומד בהצהרות לשאלות א'-ד' לעיל, יש לצרף הצהרת בריאות מלאה וחתומה. טופס להצהרת בריאות מלאה מצוי באתר החברה בכתובת WWW.HAREL-GROUP.CO.IL.

ה. בחינת זכויות המועמד לביטוח לפי חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998	
האם הינך בעל לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודך באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ה. הסכמה לשימוש במידע	
אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה 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 לידיעתי 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 לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.	
תאריך:	שם המועמד לביטוח:
חתימת המועמד לביטוח: /	
קבלת דבר פרסומת	
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 חיוג 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, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.	

חתימת המועמד לביטוח: / מס' זהות המועמד לביטוח:

אני מצהיר ומתחייב בואת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי. וכי התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המחייבים על פי דין.

המידע הכללי במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות 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 לפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

ויתור על סודיות - אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברת לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. ואני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיאיה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: חתימת מועמד לביטוח:

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסה לביטוח חיים/בריאות

כדי לברר אם בכונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנוסף לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

1. האם בידוך פוליסות ביטוח חיים/בריאות בתוקף?
 לא, עבור לשאלה 2 כן, נא פרט:
 כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה,
 האם פוליסות לביטוח חיים/בריאות שבתוקף:

2. האם בידוך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?
 לא, חתום כנדרש בסוף סעיף זה. כן, נא פרט:
 כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו,
 האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלה:

הפעולות	לא	כן
יבטלו		
יפדו באופן חלקי או מלא		
יסולקו באופן חלקי או מלא		
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגמלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן		
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן		

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 שבחלק זה, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: חתימת המועמד לביטוח:

הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)
 למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים/בריאות שבתוקף: לא כן

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל ואת הצהרת המועמד לביטוח והסברתי לו את מהות הכיסוי הביטוחי המוצע וקיבלתי את הסכמתו לרכישת הכיסויים. התשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על פי תעודת הזהות שלו.

תאריך: חתימת הסוכן:

תשלום בכרטיס אשראי או גביה מאמצעי תשלום קיים בפוליסה מס'

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינירס אחר: _____

מס' כרטיס האשראי _____ תוקף הכרטיס _____ שם בעל כרטיס האשראי _____

מס' זהות _____ כתובת בעל הכרטיס _____

הוראה זו נחתמה על ידי בעל הכרטיס, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

במידה והמשלם שונה מהמועמד לביטוח, יש למלא טופס משלם חריג, הטופס מצוי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il

תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____

לכבוד, בנק: _____

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		סניף	בנק	
_____	_____	_____	_____	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. 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. אג"ו הח"מ: _____

מס' ת.זהות / ח.פ. _____

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____

מכתובת: _____

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"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.
- 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 על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, היזכי 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.
- הרשאה 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 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.

חתימת בעלי החשבון: _____

תאריך: _____

אישור הבנק

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

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

לכבוד,

הראל חברה לביטוח בע"מ

רחוב אבא הלל 3 - ת.ד. 1951 רמת-גן 5211802

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפינוי את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

אישור הבנק חתימה וחותמת

בנק: _____ סניף: _____ תאריך: _____

בטופס זה - מקור אשר ישלח לסניף הבנק + 3 העתקים (חברת הביטוח, סוכן, מבוטח).