

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

*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	תאריך המבוקש להתחלת הביטוח
				0 1

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.

א פרטי המועמדים לביטוח

ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
					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"/>
עיסוק		שם קופת חולים		שם רופא מטפל	
מבטוח ראשי		שם פרטי		מס' טלפון	
בן/בת זוג		שם פרטי		מס' טלפון	
כתובת מגורים של המבטוח הראשי/המצהיר		מספר		מס' טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך רלוונטי אחר במסגרת הפוליסה בהראל					
E-mail					

(סמן ב-✓) בביטוח סיעודי - על כל מבטוח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח

ב תכניות הביטוח המבוקשות

<input type="checkbox"/> More Platinum <input type="checkbox"/> Preferred Platinum <input type="checkbox"/> Preferred Platinum <input type="checkbox"/> Upgrade Platinum <input type="checkbox"/> Basic Platinum <input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> Preferred Premium <input type="checkbox"/> Upgrade Premium <input type="checkbox"/> Basic Premium	<input type="checkbox"/> Preferred Platinum <input type="checkbox"/> Upgrade Platinum <input type="checkbox"/> Preferred Premium <input type="checkbox"/> Upgrade Premium <input type="checkbox"/> Basic Premium	<input type="checkbox"/> Preferred Platinum <input type="checkbox"/> Upgrade Platinum <input type="checkbox"/> Preferred Premium <input type="checkbox"/> Upgrade Premium <input type="checkbox"/> Basic Premium	<input type="checkbox"/> Upgrade Platinum <input type="checkbox"/> Upgrade Premium <input type="checkbox"/> Basic Premium	<input type="checkbox"/> Basic Platinum <input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade	<input type="checkbox"/> Preferred <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Upgrade
*הכיסוי הסיעודי יכלול נוסף על סכום הפיצוי המבוקש גם כתב שירות יעודי לסייעוד												
תקופת הפיצוי בחודשים			מסלול פרמיה			סכום הגמלה בש"ח לחודש			המבטוח			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משולבת (מוגדלת) <input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משולבת (מוגדלת) <input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משולבת (מוגדלת)						מבטוח ראשי			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									בן זוג			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									ילדים מעל גיל 3			
הערות: מובהר בזאת שרק מי שבידיו פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת פיצוי של 5/3 שנים או יותר, יוכל לרכוש תכנית עם תקופת המתנה של 5/3 שנים.			תקופת המתנה בשנים <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים			<input checked="" type="checkbox"/> תקופת פיצוי - כל החיים			מבטוח ראשי			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									בן זוג			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									ילדים מעל גיל 3			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									מבטוח ראשי			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									בן זוג			
100 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/>									ילדים מעל גיל 3			

*תוכנית הראל סיעודי לכל - בקרות מקרה ביטוח תינתן גמלה כפולה במקרה של שהות במוסד.

יחס קרבה	תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	המוטבים						
יחס קרבה	תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	שם משפחה						
סוגי מבטוחים		נספחים מבוקשים			סוגי מבטוחים		נספחים מבוקשים				
ילדים	בן זוג	מבטוח ראשי	ילדים	בן זוג	מבטוח ראשי	ילדים	בן זוג	מבטוח ראשי	ילדים	בן זוג	מבטוח ראשי
<input type="checkbox"/> שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב <input type="checkbox"/> שחרור מתשלום פרמיה <input type="checkbox"/> נספח הביטוח בש"ח <input type="checkbox"/> ניתוחית + 7 <input type="checkbox"/> מענקית <input type="checkbox"/> סיעוד גמיש* <input type="checkbox"/> פיצוי יומי במקרה של אשפוז ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> פיצוי יומי במקרה של אשפוז מתאונה ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> מענקית לסרטן <input type="checkbox"/> נכות מתאונה <input type="checkbox"/> מוות מתאונה			<input type="checkbox"/> הרחבה לפרמייום <input type="checkbox"/> רופא מלווה אישי <input type="checkbox"/> רפואה מתקדמת <input type="checkbox"/> מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים upgrade <input type="checkbox"/> ניתוחים פרטיים בחו"ל <input type="checkbox"/> נספח ביטול השתתפות עצמית לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים (לתכנית מור בריאים ומרוויחים) <input type="checkbox"/> רפואה משלימה <input type="checkbox"/> מרחיב קידס <input type="checkbox"/> פעילות ספורט <input type="checkbox"/> כתב שרות לילדים <input type="checkbox"/> ביטוח לתרופות מיוחדות (נספח לביטוח סיעוד/מענקית) <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים ייחודיים (כולל לחיות בריא וניטור לב)			<input type="checkbox"/> מטרחה ניתוחית: מבטוח ראשי <input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> ילדים, מעוניין לרכוש נספח זה: <input type="checkbox"/> כפוליסה עצמאית <input type="checkbox"/> כנספח, מספר מנות מבוקש (3-1)					

*סכום הגמלה המקסימאלי במצטבר לא יעלה על סכום הביטוח היסודי שברשותך ועד למקסימום של 20,000 ₪

טל: 06/2013 7000379 b1484/1485

נספחים מבוקשים

הראל אמצע החיים למשפחה

חבילות		מבטח ראשי		בן זוג		ילדים	
סוג	מספר	1	2	1	2	1	2
ארז							
כסף							
זהב							
פליטונם							

הרחבות להראל אמצע החיים למשפחה

א. ביטול חריגים:		ב. פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 4,000 ₪)	
1. נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד): למבטח ראשי: <input type="checkbox"/> עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/> יותר מ-250 סמ"ק		מספר ימי המתנה מבוקש	
לבן הזוג: <input type="checkbox"/> עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/> יותר מ-250 סמ"ק		מבטח ראשי	
2. נספח ביטול החרגת ספורט אתגרי: <input type="checkbox"/> למבטח ראשי <input type="checkbox"/> לבן הזוג <input type="checkbox"/> לילדים		בן/בת זוג	
		ילד מגיל 21	
נספחים מבוקשים	עיסוק	סוגי מבטחים	סכום ביטוח בש"ח
<input type="checkbox"/> מגן 1 **		מבטח ראשי	אם מסוכן פרט במילים
<input type="checkbox"/> מגן 5		בן זוג	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן
<input type="checkbox"/> מגן בטוח		ילדים מעל 21	<input type="checkbox"/> מסוכן <input type="checkbox"/> לא מסוכן

** בתוכנית מגן 1 כאשר סכום הביטוח הינו עד 200,000 ₪ - יופק במסגרת פוליסת בריאות.

הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על המבטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א' - שאלות כלליות		מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
מגיל	מסקל בק"ג	כן	לא	כן	לא	כן
1. מגיל 10	גובה בס"מ					
2. בלבד	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? אם כן, שינוי של					
3.	מעשן/עישנת, כמה זמן?					
4.	אם הפסקת, רשום מתי?					
5.	משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם שותה/שתית משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?					

חלק ב' - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה למחלה, תופעה או הפרעה הקשורה ב:

1.	מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> זאבת <input type="checkbox"/> גושה <input type="checkbox"/>					
2.	עיניים <input type="checkbox"/> יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7 [1] <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]					
3.	לב [4] <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3]					
4.	מערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9]					
5.	סוכרת [12] <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="checkbox"/> מחלת כבד [10] <input type="checkbox"/> מחלת צהבת [10]					
6.	כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13] <input type="checkbox"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]					
7.*	טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה, האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך					
8.	בקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה, בצד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל, האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך					
9.	מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="checkbox"/> מפרקים [18] <input type="checkbox"/> [19] <input type="checkbox"/> עמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> פיברומאלגיה* <input type="checkbox"/> עצמות [18] <input type="checkbox"/> cts, באיזה צד: <input type="checkbox"/> שמאל <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שני הצדדים <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס <input type="checkbox"/>					
10.	גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> דלקות עור/מחלות עור* <input type="checkbox"/> שינויים בנקודת-חן <input type="checkbox"/> פטוריאזיס: האם ישנה פגיעה במרפקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
11.	מחלות ממאירות* <input type="checkbox"/> גידולים אחרים* <input type="checkbox"/>					
12.	בעיות פריון <input type="checkbox"/> מחלה תורשתית* <input type="checkbox"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="checkbox"/> FMF [8] <input type="checkbox"/> בלוטת המגן [11] <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> מחלת נפש [25] <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> שיתוק מוחי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/>					
13.	האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="checkbox"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="checkbox"/> האם עברת תאונה [24]					
14.*	האם הנך נמצא במעקב רפואי או בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?					
15.	לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="checkbox"/> את בהריון <input type="checkbox"/> עברת לידה ביתוח קיסרי? אם כן, מתי?					
16.	ילידים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה/עיקוב התפתחותי <input type="checkbox"/> הפרעות גדילה <input type="checkbox"/> מומים מולדים <input type="checkbox"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך					
17.	נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים.					

חלק ג' - לביטוח סיעודי ו"הראל אמצע החיים למשפחה" יש לענות גם על השאלות הבאות:

1.	האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="checkbox"/> גריאטריות <input type="checkbox"/> ניווניות <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="checkbox"/> דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל.					
2.	האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או נעזר באמצעי עזר לביצוע אחת או יותר מפעולות אלה.					

חלק ד' - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:

1.	האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]
----	---

* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני. אני/ו מסכים/ים מראש בחתימתי לתוספת רפואית עד %

אני/ו מסכים/ים מראש בחתימתי להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי הריון ולידה נוכחיים בקע המוצהר בשאלה 7 טחורים/פיסורה אחר

תאריך: שם המצהיר: חתימת המצהיר: /

1. למבקשים להצטרף לאחת מתוכניות upgrade לבעלי שב"ן.
 - (א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עליינו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותינו על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/נו חבר/ים ("שב"ן" - "כללית מושלם/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדי/שיאי"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותינו.
 - (ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אני/נו חבר/ים.
 - (ג) ידוע לי/נו כי דמי הביטוח בגין תכנית upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).
2. למבקש/ינו להצטרף לתכנית "Golden care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):
 - (א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/נו מבטוח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", "לאומית סיעודית", ו/או ביטוח סיעודי מסוג..... של קופת החולים..... מתאריך..... בה אני/נו מבטוח/ים.
 - (ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבטוח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זכאות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.
3. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "החברה") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
 - (א) מסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפתי וטיפולכם בפוליסות. הנני נתן את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות. כל התשובות הן ככונות 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 בני/בינו לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - (ד) הרשות יודעת כי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
 - (ה) אם קיימת תוספת לפרמיה/החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח הבריאות בזה אני/נו מבטוח/ים מהראל, ידוע לי/נו ואני/נו מסכים/ים לכך שהראל תהיה רשאית לקבוע בפוליסה זו ו/או בכל פוליסה אחרת המתנהלת אצלה כיום ו/או שתוגדר על-ידיה בעתיד - תנאי חיתום (לרבות החרגות ו/או תוספות רפואיות) התואמים את המידע הרפואי המצוי בידיה כיום לגביי/נו, ותנאי חיתום אלה יחולו נוסף על תנאי החיתום הספציפיים, אם ייקבעו כאלה, בכל אחת מהפוליסות.
 - (i) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/אנו חותם/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
 - (ii) ידל המבטח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבטוח במסגרת הכיסויים על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח יותאמו למעמדו כבוגר.

חתימת המצהיר
 במקרה שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על-ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבטוחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני מאשר את ההצהרות האמורות לעיל.

מבטוח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם המבטוח/מצהיר	מספר זהות	חתימה
בן הזוג				/
ילד מעל גיל 18				/

עד לחתימה (סוכן הביטוח) - תאריך: ת.ז.: שם: חתימה: /

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן הזוג וילד מעל גיל 18.

ה 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 אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- (ב) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל 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 בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il.
- (ג) ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.
- תאריך: שם מבטוח: חתימת מבטוח ראשי: /

י החלפה/שינוי

- האם יש בידיך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי/הראל אמצע החיים בתוקף? לא כן. אם כן: האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי/הראל אמצע החיים לרבות ריידרים שבתוקף:
 - א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? לא כן
 - ב. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? לא כן, אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

חתימת מבטוח ראשי/המצהיר: / חתימת בן הזוג: / חתימת ילד מעל 18: /

ז הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים/פרטי/קבוצתי): אני מאשר כי הבהרתי למועמדים/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden care משלים" מותנית בהיותם/ם מבטוח/ים בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי. כמו-כן הסברתי למועמדים/ים לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיו/זכאו/ם לתגמול סיעודי על-פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמדים/ים לביטוח, שנמסרו לי/נו אישית על-ידי/ום, ולמיטב הבנתי למועמדים/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי.
 2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה): למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.
- תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /

אופן התשלום (סמן ✓ בהתאמה) חודשי שנתי

לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר:

לגבייה בהוראת קבע קיימת מפוליסה מספר: ובתנאי שהמבוטח הוא המשלם

שם המשלם אם אינו המבוטח וזיקתו למבוטח:

כתובתו: מס' הטלפון:

חתימת המשלם אם אינו המבוטח:

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

שם בעל הכרטיס האשראי ת.ז. ויזה ישראלכרט דינירס אמריקן אקספרס

מס' כרטיס אחר:

בתוקף עד:

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. 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 כדי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

חתימת בעל הכרטיס: תאריך:

תשלום בהוראה לחיוב חשבון הבנק

פרטי הוראה
לכבוד, בנק:

סניף: כתובת הסניף:

מס' חשבון בנק סוג חשבון קוד מסלוקה קוד המוסד אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

סניף	בנק	6	0	8
------	-----	---	---	---

- אני/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' תזהות / ח.פ. מכתובת: רחוב מס' עיר מיקוד
- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין הפקדה/ות שוטפת/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
 - ההוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולהראל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 - הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר להראל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

סניף	בנק	6	0	8
------	-----	---	---	---

לכבוד, **הראל חברה לביטוח בע"מ**
רחוב אבא הלל 3 - ת.ז. 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 בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

אישור הבנק חתימה וחומתם
בנק: סניף: תאריך:

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק מימנו יימסר למשלם.

טלוי הראל b1484/1485 06/2013 7000379