

תאריך תחילת ביטוח: _____ / _____ / _____

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי המועמד/ים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי		מס' ת.ז.הות	
	מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	עיסוק
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	עיסוק
..... /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	מס' ילדים	עיסוק
כתובת: רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת - וזאת במקום באמצעות הדואר. @				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ככל שהתשובה חיובית, אנא ציין את התחביב/הפעילות מהרשימה שלהלן ומלא שאלון מתאים.				
<input type="checkbox"/> צלילה	<input type="checkbox"/> דאיייה	<input type="checkbox"/> גלישה	<input type="checkbox"/> צניחה	<input type="checkbox"/> סנפלינג
<input type="checkbox"/> טרקטורון	<input type="checkbox"/> מצנחי רחיפה	<input type="checkbox"/> אומנויות לחימה	<input type="checkbox"/> ספורט מוטורי	<input type="checkbox"/> אופני שטח/ הרים/כביש
<input type="checkbox"/> אולטראלייט	<input type="checkbox"/> טייס	<input type="checkbox"/> בנג'י	<input type="checkbox"/> טיפוס	<input type="checkbox"/> טריאתלון
<input type="checkbox"/> אופנוע ים	<input type="checkbox"/> סקי מים	<input type="checkbox"/> איש ברזל	<input type="checkbox"/> סקי מים	<input type="checkbox"/> אופנוע ים

*ככל שיהיה שינוי בכתובת או בטלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במידי חברת הביטוח. יובהר כי דוחות שנתיים ודיוורים למבוטחים ישלחו לכתובת המועמד הראשון לביטוח. ככל שכתובת המועמד השני לביטוח תהיה שונה מכתובת המועמד הראשון לביטוח, יש להודיע על כך במידי חברת הביטוח.

ב פרטי מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (הבנק המלווה)

שם הבנק המלווה	מס' הסניף
כתובת: רחוב	מס'
	ישוב
	מיקוד

ג החלפה/הוספת פוליסה

מועמד ראשון:	האם ההצעה באה כתחליף לפוליסת משכנתה אחרת (בהראל או בחברה אחרת)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
מועמד שני:	האם ההצעה באה כתחליף לפוליסת משכנתה אחרת (בהראל או בחברה אחרת)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
מועמד ראשון:	האם ההצעה באה בנוסף לפוליסת משכנתה אחרת (בהראל או בחברה אחרת)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
מועמד שני:	האם ההצעה באה בנוסף לפוליסת משכנתה אחרת (בהראל או בחברה אחרת)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט

ד מוטבים נוספים למקרה מוות* - סכום הביטוח עד לגובה יתרת הלוואה ישולם למלווה הרשום לעיל כמוטב בלתי חוזר. יתרת סכום הביטוח אם קיימת, תשולם למוטבים הבאים:

מוטבים למועמד ראשון		מוטבים למועמד שני	
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.
קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' ת.ז.
קרבה	% מיתרת סכום הביטוח	קרבה	% מיתרת סכום הביטוח

*בהעדר מינוי מוטבים, יתרת סכום הביטוח תשולם בחלוקה שווה ליורשים החוקיים על פי דין או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.



סוג מסמך לשימוש פנימי 3015

ה פרטי המשכנתאות/הלוואות (להלן: "נתוני ההלוואה/ות")

4	3	2	1	הלוואה מספר
				מספר הלוואה
				יתרת הלוואה נוכחית
				ריבית שנתית
				יתרת תקופה בשנים
				תאריך סיום ההלוואה

סכום הביטוח נקבע בין השאר על סמך הצהרתך בדבר נתוני ההלוואה/ות. הצהרה זו הינה עניין מהותי לצורך חישוב סכום הביטוח שישולם בהתאם לתנאי הפוליסה.

1 סוג הפרמיה (תשלום חודשי)

פרמיה קבועה פרמיה משתנה

2 הצהרת המועמדים על מצב בריאותם

הצהרה זו תקפה עד לסכום ביטוח של 1,000,000 ₪ למועמד לביטוח. לגבי סכום גבוה יותר יש למלא טופס הצהרת בריאות מורחבת. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן V במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. לידיעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.

שאלה	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
1 גובה ומשקל	גובה ס"מ ומשקל ק"ג	גובה ס"מ ומשקל ק"ג	גובה ס"מ ומשקל ק"ג	גובה ס"מ ומשקל ק"ג
2 האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? *לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, *כמות ליום: במשך שנים	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, *כמות ליום: במשך שנים	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, *כמות ליום: במשך שנים	<input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, *כמות ליום: במשך שנים
3 אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום) בעשר השנים האחרונות?				
4 סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים בעשר שנים האחרונות?				
5 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא להיתעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה				
6 מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)				
7 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה				
8 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב				
9 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעינים <input type="checkbox"/> כיס המרה ודרכי מרה <input type="checkbox"/> הטחול <input type="checkbox"/> פי הטבעת <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> שחמת כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטטיס) לסוגיה <input type="checkbox"/> הפרעות בתפקוד כבד <input type="checkbox"/> כבד שומני				
10 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> מום כליתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן				
11 סוכרת (כולל סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים בדם - כולסטרול/טריגליצרידים בדם <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית				
12 <input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)				
13 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית				
14 מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס				
15 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> לבלב				
16 האם אתה נוטל תרופות או שהומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע?				
17 אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה?				
18 בדיקות אבחנתיות: האם הופנית ולא עברת בדיקות רפואיות ולא אבחנתיות הבאות, גם אם טרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית, כגון: ביופסיה, דם סמוי, CT, MRI, צינטור, מיפוי לב, אקו לב, א.ק.ג במאמץ, קולונסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה, אולטרסאונד (שלא במסגרת הריון), EEG				

פירוט:

.....

תאריך: ת.ז.: חתימת מבוטח ראשון:

תאריך: ת.ז.: חתימת מבוטח שני:

אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברה 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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: חתימת מועמד ראשון: /

תאריך: חתימת מועמד שני: /

תאריך: שם עד לחתימה/סוכן הביטוח: /

ת.ז. עד לחתימה/סוכן הביטוח: חתימת עד לחתימה/סוכן הביטוח: /

ט אישור למסירת 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? כן לא

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו 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. בנוסף התנאים מצויים באתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il

תאריך: חתימת מועמד ראשון: /

תאריך: חתימת מועמד שני: /

י ביטוח אלמנטרי - מבנה

תיאור הרכוש

האם כתובת מבנה הדירה המוצע לביטוח שונה מכתובת המבוטח שצויינה בעמוד 1? לא כן

אם כן, ציין את כתובת הרכוש המוצע לביטוח:

סוג מבנה הדירה - שים לב! פוליסה זו מכסה מבנה דירה אחת בלבד

ציין אחת מהאפשרויות שלהלן:

דירה בבניין דירות הבנוי מסיבי, כגון: בלוקים בית פרטי בנוי מסיבי (בלוקים ובטון) כולל גם מבנים בנויים מסיבי בית עץ (לא יבוטח בתכנית זו). ובטון/יציקות בטון; עם גג רעפים על מסגרת עץ;

האם קיימת בריכת שחיה לא כן בנייה מתקדמת (נא לפרט את חומרי הבנייה העיקריים):

האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מהווה דירה אחת? לא כן, אם לא נא ציין מספר יחידות הדירור במבנה:

שטח הדירה: מ"ר (ברוטו). האם קיימים	הדירה בקומה:	סכום ביטוח למבנה הדירה:
תוספות ושינויים מיוחדים, נא פרט:	בבניין בן קומות	(ערך כחדש) ש
מספר האנשים המתגוררים בדירה דרך קבע:	גיל המבנה:	
	מספר חדרים:	

כיסוי נזקי דליפת מים ונזולים אחרים (נזקי צנרת)

1. האם ידוע לך במועד עריכת ביטוח זה על דליפת מים מצנרת דירתך? לא כן
2. האם צנרת המים בדירתך במצב תקין? לא כן
3. בחירת אפשרות השיפוי במקרה נזק (הינך רשאי לבחור מראש את האפשרות הרצויה לך מבין האפשרויות המפורטות להלן, והאפשרות שנבחרה תצוין במפרט הפוליסה).

אני מבקש לקבל שיפוי במקרה של נזק למבנה לפי האפשרות שלהלן:

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע שייבחר על-ידי המבוטח על-פי אפשרות זו המבוטח רשאי, במקרה נזק מים למבנה הדירה, לבחור את בעל המקצוע שיתקן את הנזק, לשלם את עלות התיקון, ולקבל שיפוי כספי מהמבוטח, בניכוי סכום ההשתתפות העצמית המוסכם לאפשרות זו, ובניכוי עלות "החזרת סכומי הביטוח לקדמותם" לפי תנאי החזרת סכומי הביטוח לקדמותם בפרק ג' - תנאים כלליים שבפוליסה. תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח בכפוף להערכת שמאי מטעם המבוטח, שתעשה לפני ביצוע התיקון, ותהווה תנאי מוקדם לתשלום תגמולי הביטוח.

תיקון הנזק יבוצע על-ידי בעל מקצוע מטעם המבטח אם בחר המבוטח באפשרות זאת יבוצע התיקון על-ידי בעל מקצוע או חברת תיקונים שפרטיהם ימסרו למבוטח על-ידי המבטח בפוליסת הביטוח שתוצא על-פי הצעת הביטוח שטופס זה מצורף אליה. התיקון יבוצע על חשבון החברה (המבטח) תשלום דמי ההשתתפות העצמית הנ"ל יבוצע על-ידי המבוטח ישירות לידי בעל המקצוע.

הפוליסה מוגבלת כך שאם בחרת באפשרות תיקון על-ידי בעל מקצוע מטעם המבוטח, זכות בחירתך בשרברב או בבעל מקצוע אחר לצורך תיקון נזקי מים הוגבלה, והתיקון יבוצע על-ידי חברת שרברבים או בעל מקצוע אחר שפרטיו ימסרו לי על-ידי חברת הביטוח. לתיקון על-ידי בעל מקצוע מטעם המבוטח (המוגבלת).

תאריך: חתימת המועמד לביטוח: /

ביטוח אלמנטרי - מבנה - המשך

פרק א' - ביטוח סכום נוסף בבית המשותף (לגבי סיכון רעידת אדמה)
האם ברצונך לרכוש ביטוח סכום נוסף?
 לא כן. לידיעתך, הסכום הנוסף יהיה זהה לסכום הביטוח של המבנה.

ביטוח בחברות אחרות	דירה ריקה ממתגורר
האם מבנה הדירה המוצע לביטוח מוצע גם בחברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם מבנה הדירה המוצע לביטוח יהיה ריק ממתגוררים (דירה בלתי תפוסה) לתקופה העולה על 60 יום רצופים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרט שם החברה וסכומי הביטוח:	אם כן, ציין את התקופה בה תהיה הדירה ריקה ממתגורר:
	האם הינך מעוניין (בתוספת פרמיה) בכיסוי בעת שהדירה תהיה ריקה ממגורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	לידיעת המציע: עבור כיסוי מלא של הפוליסה כאשר הדירה אינה תפוסה, תחול פרמיה נוספת כמצוין בתעריף.

עבר ביטוחי

האם במשך 3 השנים האחרונות חברת ביטוח כלשהי:
1. דחתה את הצעתך לבטח סיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן, פרט:

2. ביטלה פוליסה שהוצאה עבורך בגין הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט:

3. סירבה לחדש פוליסה שביטחה את הרכוש הנ"ל? לא כן, פרט:

האם במשך 3 השנים האחרונות:
4. נגרם נזק לרכוש הנ"ל כתוצאה מסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

5. הוגשה נגדך תביעה בנוגע לסיכון הכלול בפוליסה המבוקשת? לא כן

אם אחת מהתשובות לשאלות 4 או 5 היא "כן", פרט מתי, בגין מה, ומי היה המבטח:

מידע למועמד/ים לביטוח - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

1. לתשומת ליבך/כם, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/כם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.

3. ההתקשרות בינך/כם לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד/ים לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.

4. ככל שסכום ההלוואה נתקבל במועד העולה על 90 ימים מיום חתימתך/כם על טופס זה, יהיה עליך/כם למלא טופס הצעה חדש לצורך רכישת הכיסוי הביטוחי.

5. סכומי הביטוח בפוליסה זו מבוססים על סכומי ההלוואות שדווחו על ידך/כם. כמו כן, סכום ההלוואה מהווה עניין מהותי לעניין חבות החברה המבטחת ועליך/כם להודיע על כל שינוי בו ללא דיחוי.

6. במקרה של פרעון מוקדם מלא או חלקי של ההלוואה המבטחת, עליך/כם להודיע על כך מיידית לחברת הביטוח לשם הקטנת סכום הביטוח והפרמיה בהתאם.

7. סכום ההלוואה המבטחת מתייחס לכל הלוואה בנפרד והינו סכום משתנה (למעט בתוכנית ביטוח חיים להלוואה בה מוחזרת הקרן בסוף התקופה והריבית מוחזרת באופן שוטף) שיקבע בהתאם ליתרת ההלוואה המבטחת ובהתאם לתנאי הפוליסה.

8. 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 על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

הסכמה לשימוש במידע - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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 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 הראשון לביטוח חתימת המועמד הראשון לביטוח /
תאריך: שם המועמד השני לביטוח חתימת המועמד השני 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.

הצהרות המועמד/ים לביטוח - רלוונטי לביטוח חיים ומבנה

1. אני/אנו המועמד/ים לביטוח מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את חיי/ינו וגם או את מבנה הדירה, לפי הרשום בהצעה ובתנאי הפוליסה.
2. אני/אנו מצהיר/ים ומתחייבים בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני/נו החופשי.
3. א. אני/נו מאשר/ים לסוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו, כשלוחי/נו, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
ב. אני/נו מסכים/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).

תאריך: חתימת מועמד ראשון לביטוח /
תאריך: חתימת מועמד שני לביטוח /

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי בירתך את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת ל/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירותי פוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכי/הם. כמו כן, אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות והסברתי ל/להם את מהות הכיסוי הביטוחי המוצע וקיבלתי את הסכמת/ם לרכישת הכיסויים. התשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על יד/ום. אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד/ים לביטוח על פי תעודת הזהות שלו/הם.

תאריך: שם הסוכן חתימה /

יש למלא את הטופס ולהעביר אליו את המקור.
ניתן לשלוח לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לשלוח בפקס לביטוח בריאות: 03-7348178 או למייל polisotbs@harel-ins.co.il.

א אבקש לבצע עדכון אמצעי תשלום

שם המבוטח בהראל: _____ ת.ז.: _____
 לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____
 לעדכון הלוואה מס': _____

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

ב1 תשלום בהוראת קבע לבנק

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)
		בנק	סניף		
_____	_____	_____	_____	6 0 8	_____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש.ש. _____
 מועד פקיעת תוקף הרשאה - 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. א/או הח"מ: _____
 שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' תזהות / ח.פ. _____
 מכתובת: _____

2. מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף להגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
 כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה 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 שבנינו 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 שבנינו 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 /או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.
 תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ב2 מועד התשלום בהוראת קבע

הריני מבקש כי מועד התשלום בהוראת הקבע יהיה בכל חודש בחודשו ביום ה-
 5 לחודש 14 לחודש 25 לחודש
 שים לב, ככל שלא תמלא אפשרות אחרת, מועד התשלום יהיה ה-5 לכל חודש כברירת מחדל.

ג תשלום בכרטיס אשראי או גביה מאמצעי תשלום קיים בפוליסה מס' _____, מתאים לביטוח חיים ומבנה

סוג הכרטיס: לאומי וזה ישראכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דינרס 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 שיונפק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.
 תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח, יש להפנות לטופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר החברה www.harel-group.co.il



יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור

פרטי המבוטח			
שם המבוטח	ת.ז.	טלפון	
מכתובת:			
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
מס' פוליסה	מס' תשלומים	מס' פוליסה	מס' תשלומים

ב בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

פרטי הוראה			
לכבוד, בנק:			
סניף:			
כתובת הסניף:			
מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד
		סניף	בנק
			5 0 7
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - ש. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום / /			
לתשומת לבך, <input checked="" type="checkbox"/> אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input checked="" type="checkbox"/> 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.ז.הות / ח.פ. (הלקוחות)			
מבקשים בזה להקים בחשבונו 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.			
תאריך:			
חתימת בעלי החשבון:			

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:

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