

להחזיר לפקס
03-6729025

מס' הפוליסה: מס' פוליסה קודם:
מס' הסוכן: **63187** שם הסוכן: **אריק רוזן** שם הסוכנות: פרטי הסוכן

פרטי בני הזוג שם משפחה ופרטי: תאריך לידה: / / מס' ת. זהות:
כתובת: רחוב מס' שכונה / עיר מיקוד טלפון (+ קידומת)
E-mail:

שם משפחה ופרטי: תאריך לידה: / / מס' ת. זהות:
כתובת: רחוב מס' שכונה / עיר מיקוד טלפון (+ קידומת)
E-mail:

תקופת הביטוח מיום: / / עד יום: / / בצהרי היום שלמחרת יום האירוע

אופן התשלום ☐ גביה רגילה ☐ כרטיס אשראי ☐ שירות שקים

תיאור המקום שם האולם: כתובת האולם:
המיועד לחתונה

תנאי מוקדם לכיסוי הביטוחי הוא שלמקום שנועד לעריכת אירוע החתונה יש רישיון עסק התקף ליום האירוע על פי חוק רישוי עסקים התשנ"ח-1968.

האם משמש הבנין למטרות אחרות פרט לאולם שמחות? ☐ לא ☐ כן, פרט:

הערות נוספות:

יש לבחור באחת מהתוכניות המפורטות להלן ולסמן x במקום המתאים:

פרטי תוכנית הביטוח

☐ מסלול א'	☐ מסלול ב'	☐ מסלול ג'	☐ מסלול ד'	☐ מסלול בסיסי	
100,000 ₪	150,000 ₪	200,000 ₪	300,000 ₪	100,000 ₪	ביטול אירוע חתונה
עד 50% מהעלות של האירגון המקורי ולא יותר מגבול האחריות הרשום לביטול					ארגון מחדש עקב קיצור האירוע
50,000 ₪	75,000 ₪	100,000 ₪	150,000 ₪	—	מתנות
5,000 ₪	7,500 ₪	10,000 ₪	15,000 ₪	3,000 ₪	טבעות
—	—	10,000 ₪	15,000 ₪	—	פרחים
1,500 ₪	2,500 ₪	3,000 ₪	5,000 ₪	1,000 ₪	צילום + וידאו
—	2,500 ₪	3,000 ₪	5,000 ₪	—	D.J.
500,000 ₪	750,000 ₪	1,000,000 ₪	1,250,000 ₪	300,000 ₪	אחריות כלפי צד ג'
50,000 ₪	75,000 ₪	100,000 ₪	125,000 ₪	25,000 ₪	תאונות אישיות, כיסוי מוות ונכות לבני הזוג
1,850 ₪	2,750 ₪	3,350 ₪	4,950 ₪	1,250 ₪	פרמיה לתשלום

המבוטחים:

האם מיישהו מבני משפחת המבוטחים מדרגה ראשונה, חלה בשלוש השנים האחרונות במחלה סופנית? ☐ לא ☐ כן, פרט:

האם מיישהו מיחידי המבוטחים ביטל בעברו אירוע חתונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

חתימות בני הזוג:

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח, לבית חולים ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא, למסור להרצל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש"), כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותי בעבר, בהווה ובעתיד, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי כלפיכם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח, לבית חולים ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא, למסור להרצל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש"), כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותי בעבר, בהווה ובעתיד, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי כלפיכם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך שם המבוטח/ת חתימת המבוטח/ת תאריך שם המבוטח/ת חתימת המבוטח/ת

**הצהרת
המבוטחים**

אנו הח"מ מצהירים בזה שהתשובות היכן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמנו כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה. הגנו מסכימים להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במצב בריאותנו או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הגנו מסכימים שהצעה זו והצהרתנו, בין שנכתבו על ידינו ובין שלא על ידינו, תשמשנה יסוד לחוזה שביננו ובין הראל חברה לביטוח. אנו מסכימים לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייבים לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה. אנו מתחייבים לקרוא את הפוליסה אשר תונפק בהתאם להצעתנו ובמידה ויתברר לנו שהפוליסה אינה תואמת את הצעתנו, נחזיר את הפוליסה לתיקון תוך 30 יום מיום קבלתה, ואם לא נעשה כן, פירושו של דבר שהפוליסה עונה על דרישותינו. ידוע לנו כי עלינו למסור את הודעתנו לחברה לפי כתובתה כמצוין ע"ג הפוליסה.

תאריך: חתימות המבוטחים:

**הצהרת הגנת
הפרטיות**

הרינו מצהירים בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוננו ובהסכמתנו המלאה. ידוע לנו שמטרת מסירת המידע הינה הפקת פוליסת הביטוח, טיפול בכל העניינים הנילווים, הנובעים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה בהראל חברה לביטוח בע"מ ובקבוצת הראל השקעות בביטוח, שהראל חברה לביטוח שייכת לה, כדי לאפשר לחברה להביא לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים, אשר לדעת החברה עשויים לעניין אותם, למטרות עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. הרינו מסכימים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל צד שעוסקו בכך, כפי שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981.

תאריך: חתימות המבוטחים:

**הסכמה על
שימוש במידע
וקבלת דבר
פרסומת**

א. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
ב. אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או יהיה 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, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לפוליסה וגם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות, לשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל ע"י חברות אחרות בקבוצת הראל, נא הודע לנו על כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. ניתן לקבל טופס זה גם אצל סוכנך.
את הטופס ניתן להעביר ישירות לכתובת המייל: service@harel-ins.co.il, או לפקס. 03-7549497, או לשלוח בדואר לכתובת: בית הראל, עבור אגף שירות לקוחות, קומה 4, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמן גן 52118

ג. אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל 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 בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. ניתן לקבל טופס זה גם אצל סוכנך.
את הטופס ניתן להעביר ישירות לכתובת המייל: service@harel-ins.co.il, או לפקס. 03-7549497, או לשלוח בדואר לכתובת: בית הראל, עבור אגף שירות לקוחות, קומה 4, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמן גן 52118

ד. אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. 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: חתימת המבוטח: