

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: 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	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח
				0 1

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן ייחשב לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי המועמדים לביטוח

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב	
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						מבוטח ראשי
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						בן זוג
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						ילדים 1
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						2
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						3
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						4
שם רופא מטפל		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק		
						מבוטח ראשי
						בן/בת זוג
						ילדים
מס' טלפון נייד	מס' טלפון	יישוב	מספר	רחוב		כתובת מגורים של המבוטח הראשי
E-mail						כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים
.....@.....						מבוטח ראשי
E-mail						כתובת דואר אלקטרוני להודעות אישיות ודיוורים
.....@.....						כתובת דוא"ל בן/בת זוג

ב מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח (ברכישת תאונות אישיות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
				%
				%
				%
				%
				%
בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה					סה"כ 100%



תוכנית הבריאות	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כיסויי בסיס						
1.	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
2.	תרופות מיוחדות					
3.	ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון					
4.	ביטוח UPGRADE לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן					
	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
5.	מענקית זהב* (ביטוח למחלות קשות) ילדים - ברכישת סכום ביטוח מעל 350,000 ₪: האם קיים ביטוח מחלות קשות בחברה אחרת? האם ביטוח זה צפוי להתבטל? מה סכום הביטוח הקיים?					
6.	מענקית לסרטן (פיצוי למחלת הסרטן)					
נספחים						
11.	ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
12.	תרופות פרימיום - הרחבה לתרופות למחלת הסרטן (רכישת כיסוי זה מותנית ברכישת כיסוי בסיס - תרופות מיוחדות)					
13.	ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות					
כתי שירות						
21.	אבחון רפואי מהיר					
22.	רפא מלווה אישי					
23.	רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.					
24.	רפואה משלימה					
	תוכנית הסיעוד (בביטוח סיעודי - על כל מועמד/ת לביטוח מעל גיל 65 לעבור הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת קבלתו לביטוח) Golden Care תקופת פיצוי 36 חודשים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש
	Golden Care תקופת פיצוי 60 חודשים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה					
	Golden Care משלים תקופת המתנה 3 שנים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 7					
	Golden Care משלים תקופת המתנה 5 שנים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 7					
	הראל סיעודי לכל - תקופת המתנה 60 ימים תקופת פיצוי בחודשים: <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 60 *בקרת מקרה ביטוח תינתן גמלה כפולה במקרה של שהות במוסד					
	הרחבות לתוכנית הסיעוד	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
	נספח ביטוח סיעודי מתאונה - תקופת פיצוי בחודשים: <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> כל החיים					
	סיעוד גמיש (סכום הגמלה המקסימאלי במצטבר לא יעלה על סכום הביטוח היסודי שברשותך ועד למקסימום של 20,000 ₪)					

*בביטוח מענקית זהב: סכום ביטוח מירבי למבוגר: 700,000 ₪, סכום ביטוח מירבי לילד: עד 600,000 ₪.



מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
הרחבה להראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות					
פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 133 ש"ח ביום - למבוטחים מעל גיל 21). ימי המתנה:					
בכיסוי לנכות תעסוקתית, במקרה והנך עקרת/ת בית - בחינת הזכאות בקרות מקרה ביטוח הינה אי יכולת לבצע עבודה כלשהי.					
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (למבוטחים מעל גיל 21)					
לאמצע החיים למשפחה					
עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק
יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק
עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק	עד <input type="checkbox"/> כולל) 250 סמ"ק
יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק	יותר מ- <input type="checkbox"/> 250 סמ"ק
נספח לביטול החרגת ספורט אתגרי					
לאמצע החיים למשפחה					
לנכות תעסוקתית (למבוטחים מעל גיל 21)					
נספח ביטול החרגת השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה של המשטרה					
לאמצע החיים למשפחה					
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
תאונות אישיות (למבוטחים מגיל 3 ומעלה)					
מוות מתאונה (כיסוי בסיס)					
נספח נכות מתאונה					
נספח אשפוז מתאונה					

ת.ד. 7000379 | 05/2017 | b.4900/18191 | ת.ד. 7000379



יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * לצד השאלה, יש לענות על שאלה זו בעזרת תשובה חיובית לבעיה המצויה בתשובה, 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 מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

שם ילד 4	שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם בן/בת זוג	שם מבוטח ראשי	רבות
לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
חלק א'						
1. מגיל 6 גובה בס"מ משקל בק"ג						
האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של ק"ג. הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> סיבה אחרת						
2. האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמות הסיגריות ביום [26]						
3. האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? <input type="checkbox"/>						
4. מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? *						
חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:						
1. מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> אירוע מוחי * <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * <input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> רעד * <input type="checkbox"/> פיגור שכלי * <input type="checkbox"/> אוטיזם * <input type="checkbox"/> תסמונת דאון * <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין * <input type="checkbox"/> פוליו * <input type="checkbox"/> גושה * <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות? *						
2. מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]						
3. עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)						
4. מערכת: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]						
5. מערכת לב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם *						
6. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> לרבות סוכרת הריון <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6]						
7. בלוטת המין (בלוטת התריס) [11]						
8. מערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס *						
9. מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> קיבה [9] <input type="checkbox"/> מעיים [9] <input type="checkbox"/> ושת [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9] <input type="checkbox"/> כבד [10] <input type="checkbox"/> צהבת [10] <input type="checkbox"/> טחורים - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פיסורה - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
10. בקע (הרניה): מיקום הבקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה הימנית <input type="checkbox"/> במפשעה השמאלית האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
11. מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV * <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס) *						
12. מערכת השתן: <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13]						
13. ראומטולוגיה: <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה * <input type="checkbox"/> FMF [8]						
14. אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="checkbox"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> שברים [18] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19] <input type="checkbox"/> CTS - באיזה צד? <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל						
15. מערכת העור: <input type="checkbox"/> גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> נגעי עור או שינויים בנגעי עור / "נקודות חן"? [16] <input type="checkbox"/> מחלות עור * <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
16. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) *						
17. גידולים שפירים *						
18. לגברים (מגיל 18 בלבד): <input type="checkbox"/> בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14] <input type="checkbox"/> בעיות פריין						
19. נשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים (לרבות הגדלת חזה) [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="checkbox"/> בעיות פריין האם הנך בהריון? מה היה משקלך לפני ההריון? האם עברת לידה בניחות קיסרי? אם כן מתי?						
20. לילדים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי * <input type="checkbox"/> הפרעת גדילה * <input type="checkbox"/> מומים מולדים * <input type="checkbox"/> נולדה/ה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים. <input type="checkbox"/> חך/שפה שסועה - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אשר טמיר - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
חלק ג': השאלות בחלק זה מתייחסות לבעיות רפואיות אשר לא נשאלת לגביהן בחלק א' ו-ב'.						
1. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? נא פרטי/י						
2. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]						
3. האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ת תרופה זו?						
חלק ד': לביטוח סיעודי או תאונות אישיות (לרבות אמצע החיים למשפחה) יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:						
1. האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות /הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?						
חלק ה': לביטוח מחלות קשות יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:						
1. למיטב ידיעתך, האם בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחות, אח, בן, בת) יש או היו מחלות לב, סרטן, סכרת, מחלות נפש [27]						

השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

ה ספורט מקצועני (סמן ב-✓)

חובה למענה - ברכישת כיסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
האם הנך עוסק בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי:						

אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עוברי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

■ **תוספת רפואית לדמי הביטוח** בשיעור של %....., עקב בעיית: לחץ דם כולסטרול שומנים בדם סוכרת ירידה בצפיפות העצם לב וכלי הדם הכליליים סיבות אחרות:.....

■ **לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:** ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי הריון ולידה נוכחים הבקע המוצהר בשאלה 10 טחורים פיסורה כולסטרול בכיסוי לתרופות שומנים בדם בכיסוי לתרופות סוכרת ירידה בצפיפות העצם בכיסוי לתרופות אחר:.....

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

2 הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים 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 לפוליסות 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/ים 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 יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. ויתור על סודיות רפואית: אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופריט ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים/ים, 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/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/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 תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס 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 (גא לסמן אם הנך מעוניין).

4. (א) אני/נו מסכים/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/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*).

5. בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade (כיסוי ניתוחים בארץ משלים שב"ן):

(א) לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פולטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.

(ב) הכיסוי בגין ניתוחים מהווה ביטוח משלים, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

(ג) דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade, נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).

(ד) בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאי/ים לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

סעיפים חובה למענה	לא	כן
6. לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון: האם הוצע לך/לכם לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תוכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים?		
7. בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כוללת הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתימתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. האם הנך/ם מוסמכים/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?		
8. קבלת 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?		
9. קבלת מידע מהותי ברכישת ביטוח סיעודי: האם הוצג בפניך, טרם חתימתך בטופס זה, לוח הפרמיית לפי מועדי שינוי גיל ולוח הערכים המסולקים?		

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיפים 8-9 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.

הרואל 7000379 05/2017 b4900/18191



10. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

(א) האם הנך מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעליך לקבל מחברת "הראל" ישלחו לדואר האלקטרוני שלך כמפורט בטופס הצעה זה?

(ב) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, 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 והפיננסיים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותך, 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.

(ג) 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, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

11. השוואה / ביטול

ברכישת כיסוי בריאות:

(א) האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?

ברכישת כיסוי מענקית זהב, מענקית סרטן, סיעוד או תאונות אישיות:

(ב) האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?

(ג) האם בכוונתך להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה שברשותך בעקבות בקשתך להצטרף לפוליסות המפורטות בטופס הצעה זה?

אם ענית לשאלה 11 (א) או 11 (ב) בחיוב: האם ברצונך לבטל את הפוליסה ברשותך?

לא כן - האם ברצונך כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל:

על ידך

ע"י סוכן הביטוח (יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול חתום)

ע"י חברת הביטוח הראל (יש לצרף טופס בקשת ביטול חתום) שם חברת הביטוח המבטחת:

במידה והתשובה לשאלה 11 (א) חיובית או התשובות לשאלות 11 (ב) ו-11 (ג) חיוביות, וייקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה המקורית.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
מבוטח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: שם: ת"ז: מס' רישיון:

חתימה: / חותמת: /

ה מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד.
- על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- 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, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.


ט הצהרות הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

- הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/הם.
 - הצהרת הסוכן להצגת פרמיות וערכי סילוק בסיעוד: אני מאשר כי הצגתי למועמד/ים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד שברצונם/ם לרכוש.
- תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /
- תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: /




הצהרה המבוטח לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3/5 שנים (סעיף חובה לחתימת כל מועמד/ת לביטוח הרוכש כיסוי סיעודי Golden Care משלים)

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם מבוטח/ת ראשי מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם בן/בת זוג מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 


אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת 

*מבוטח מעל גיל 18 חייב בחתימה. עבור מבוטח מתחת לגיל 18 יחתום המבוטח הראשי.

תל אביב 7000379 05/2017 b4900/18191



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: תאריך: חתימת בעל הפוליסה:

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

ב 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)
		סניף	בנק		
.....	6 0 8

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש"ח
 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. א/או 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 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.

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 ותוספותיהן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ג הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינירס 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 אליהן 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, האויל 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 שיונפק וישא מספר אחר, כתלופה 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: