

# הצעה לביטוח חיים פרט - סיכונים (עד תקרות)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
תוקף הטופס: עד 31.3.2016

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il.  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70.

במידה וירכשו תוכניות ביטוח/חסכון עבור בן הזוג, התוכניות ירכשו בפוליסה נפרדת על שם בן הזוג.  
מס' הצעה/פוליסה למועמד ראשון: ..... מס' הצעה/פוליסה למועמד שני: .....

שם סוכן: ..... מס' סוכן: ..... שם מפקח: ..... תאריך תחילת הביטוח: .....  
אני/הח"מ, המועמד/ים לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה/ים אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

## א פרטי המועמד/ים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מקצוע עיסוק	תחביבים מסוכנים
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	מיקוד	טלפון נייד	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	מיקוד	טלפון נייד	

אישור מועמד ראשון לקבלת דוחות לעמית למועמד הראשון לביטוח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת .....@  
וזאת במקום באמצעות הדואר.

אישור מועמד שני לקבלת דוחות לעמית למועמד הראשון לביטוח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת .....@  
וזאת במקום באמצעות הדואר.

ככל שיהיה שינוי בכתובת או טלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במייד לחברת הביטוח.

## ב סוג הפוליסה המבוקשת (סמן ב-✓) כל הסכומים הינם מצטברים (כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)

שם התכנית	סכום הביטוח למועמד ראשון לביטוח	סכום הביטוח למועמד שני לביטוח	גיל תום הביטוח	שם התכנית	סכום הביטוח למועמד ראשון לביטוח	סכום הביטוח למועמד שני לביטוח	גיל תום הביטוח
<input type="checkbox"/> הראל מגן 1 * (עד 1,500,000 ₪)	₪	₪	75*	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה (עד 1,500,000 ₪)	₪	₪	65
<input type="checkbox"/> הראל מגן 5 (עד 1,500,000 ₪)	₪	₪	75	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה (עד 1,500,000 ₪)	₪	₪	65
<input type="checkbox"/> מגן בטוח (עד 1,500,000 ₪)	₪	₪	75	<input type="checkbox"/> חוסן למחר - עיסוקי (עד 100,000 ₪)	₪	₪	65
<input type="checkbox"/> מענקית זהב (עד 250,000 ₪)	₪	₪	75	<input type="checkbox"/> חוסן למחר - מקצועי (עד 250,000 ₪)	₪	₪	65

### אובדן כושר עבודה

(לנשים וגברים עד גיל 67) (עד פיצוי של 7,500 ₪)

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
<p>תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 30 יום (לצווארון לבן בלבד) <input type="checkbox"/> 90 יום</p> <p>הרחבה לכיסוי אובדן כושר עבודה חלקי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ביטול קיזוז ביטוח לאומי (עד 100% מהשכר): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>הרחבה לפיצוי רטרואקטיבי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (ניתן לרכוש רק עם 90 ימי המתנה)</p>	<p>תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 30 יום (לצווארון לבן בלבד) <input type="checkbox"/> 90 יום</p> <p>הרחבה לכיסוי אובדן כושר עבודה חלקי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ביטול קיזוז ביטוח לאומי (עד 100% מהשכר): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>הרחבה לפיצוי רטרואקטיבי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (ניתן לרכוש רק עם 90 ימי המתנה)</p>
<p>הראל לעתיד (פרמיה משתנה) <input type="checkbox"/></p> <p>הראל לעתיד בטוח (פרמיה קבועה) <input type="checkbox"/></p> <p>מטריה ביטוחית <input type="checkbox"/></p> <p>פנסית נכות פלוס <input type="checkbox"/></p> <p>פנסית נכות <input type="checkbox"/></p> <p>סך הפיצוי החודשי: .....</p>	<p>הראל לעתיד (פרמיה משתנה) <input type="checkbox"/></p> <p>הראל לעתיד בטוח (פרמיה קבועה) <input type="checkbox"/></p> <p>מטריה ביטוחית <input type="checkbox"/></p> <p>פנסית נכות פלוס <input type="checkbox"/></p> <p>פנסית נכות <input type="checkbox"/></p> <p>סך הפיצוי החודשי: .....</p>

\* 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.

**ג הצהרת בריאות**

מועמד ראשון		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא
/		/	
1. האם אתה משתמש או השתמשת בשנתיים האחרונות במוצרי טבק? אם כן ציין סוג וכמות			
האם אתה משתמש או השתמשת בעבר בסמים?			
האם אתה צורך או צרכת בעבר אלכוהול?			
<b>יש לסמן האם את/ה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הרשומות להלן. אם כן - יש למלא הפרטים והשאלון המתאים:</b>			
2. מחלות לב, מומי לב, שבץ מוחי, לחץ דם מוגבר ומחלות כלי דם			
3. סוכרת, שומנים בדם			
4. מחלות ריאה ודרכי נשימה			
5. מחלות עצבים, שיתוקים או הפרעות בתנועה, מחלות נפש			
6. מחלות דרכי עיכול, קיבה, מעיים, שלשול חוזר, צרבת, דם בצואה			
7. גידול שפיר / ממאיר			
8. מחלות כליה, דרכי שתן, מערכת המין, דם או חלבון בשתן			
9. נכות כלשהי כתוצאה מתאונה או מחלה			
10. מחלה או כאבים בגב, עמוד שדרה, פרקים ועצמות			
11. איידס, הפטיטיס ומחלות כבד			
12. מחלות עיניים, הפרעות בראיה, מחלות אוזניים, ירידה בשמיעה			
13. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? האם אושפזת בבית חולים (לרבות חדר מיון)?			
אם התשובה לאחת מן השאלות היא "כן", יש למלא שאלון מתאים.			
שם קופת החולים..... ושם הרופא המטפל וכתובתו:.....			
תאריך..... חתימת המועמד הראשון לביטוח			
תאריך..... חתימת המועמד השני לביטוח			

**ד 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?  
 מועמד ראשון לביטוח  כן  לא      מועמד שני לביטוח  כן  לא

**ה הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת**

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) 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 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.

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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

תאריך..... חתימת המועמד הראשון לביטוח

תאריך..... חתימת המועמד השני לביטוח

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](http://www.harel-group.co.il), או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

**ו המוטבים למקרה מוות\***

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	יחס קרבה	והחלק באחוזים
1.				
2.				
3.				
				סה"כ 100%
1.				
2.				
3.				
				סה"כ 100%

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

## שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסה לביטוח חיים/בריאות

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, למועמד ראשי 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?

מועמד ראשון:  לא, עבור לשאלה 2  כן, נא פרט:

מועמד שני:  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?

מועמד ראשון:  לא, חתום כנדרש בסוף סעיף זה.  כן, נא פרט:

מועמד שני:  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:

מועמד 2		מועמד 1		הפעולות
כן	לא	כן	לא	
				יבוטלו
				ייפדו 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

מועמד 2		מועמד 1		הפעולות
כן	לא	כן	לא	
				בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי
				בהפקדה השוטפת / עלות כיסוי ביטוחי ו/או בסכומי הביטוח

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

תאריך: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח

תאריך: ..... חתימת המועמד השני לביטוח

הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב הבנתי, למועמד לביטוח הראשון, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים/בריאות שבתוקף:  לא  כן

למיטב הבנתי, למועמד לביטוח השני, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים/בריאות שבתוקף:  לא  כן

תאריך: ..... שם הסוכן ..... חתימת הסוכן

## ח תשלום בכרטיס אשראי או גביה מאמצעי תשלום קיים בפוליסה מס'

סוג הכרטיס:  לאומי ויזה  ישראלכרט  אמריקן אקספרס  ויזה כאל  דינרס  אחר: .....

מס' כרטיס האשראי

תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי
-------------	---------------------

מס' זהות

כתובת בעל הכרטיס
------------------

שובר זה נחתם על ידי, המועמד לביטוח או בן/בת זוגי, 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 שיופק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: ..... חתימת בעלי הכרטיס:

במידה ובעל הכרטיס שונה מהמועמד לביטוח או מן/בת הזוג של המועמד לביטוח, יש להפנות לטופס משלם חריג. הטופס מצוי באתר החברה [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

## ט הצהרת המועמד/ים לביטוח

אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי. וכי התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני 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 המפורטים בד"ן.

**יותר 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 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 מרופאיכם 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 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 שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: ..... חתימת המועמד הראשון לביטוח

תאריך: ..... חתימת המועמד השני לביטוח

## י הצהרת הסוכן

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

תאריך: ..... חתימת הסוכן