

ינואר 2025

סוג מסמך: 29119, קולקטיב מרכז: 723037

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlqtiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לביטוח מחלות הקשות לקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח מחלות קשות לקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים מגיל 3 ועד 21 שנה), עפ"י התנאים שבהסכם.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- עובדים/גמלאים המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת חברותם.
- בני משפחה (בן/בת זוג וילדים מגיל 3 ועד 21 שנה) המצטרפים לביטוח הקבוצתי.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך, ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך.
דמי הביטוח עבור בני המשפחה ישולמו באמצעי גביה אישי.

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

שם העובד/ת / גמלאי/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך
----------------------	------	-------------------	-------	-------

א. פרטי המועמדים לביטוח

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתמתו תחשב כהסכמת הקטין. פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. לאחר הצירוף ל ביטוח- דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהראל, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם, באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב	עובד/ת/גמלאי/ת
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						ילד מגיל 3 ועד 21
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						2
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						3
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						4

שם רופא מטפל	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	עובד/ת	גמלאי/ת
--------------	-------------------------	---------------	-------	--------	---------

ילדים מעל גיל 18		בן/בת זוג		מבוטח ראשי (עובד/ת/גמלאי/ת)		כתובת מגורים*
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי		<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי		מספר בית	רחוב	
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מיקוד	יישוב	
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		

כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים	
עובד/ת	@
בן/בת זוג	@
ילד בוגר (מעל גיל 18)	@

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן במקום הרלוונטי):

תיאור	עובד/ת/גמלאי/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת המחלות הקשות הקבוצתית, עפ"י תנאי ההסכם?						

ג. הצהרת הבריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד)

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת זוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון בטור התשובה המתאימה ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, שמספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון מכובית (*), לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.		עובד/ת/גמלאי/ת מלאי/ת		בן/בת זוג		ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד 4 שם:	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

חלק א': שאלות כלליות

1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)											
2	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי/												
3	האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי ? נא פרטי/												
4	<p>מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:</p> <p>האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ?</p> <p>(אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)</p>												

חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

1	0 מערכת העצבים* 0 אירוע מוחי* 0 טרשת נפוצה* 0 ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* 0 פרקינסון* 0 רעד* 0 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות* 0 גידולי מוח* 0 הפרעה בגינה הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*												
2	עייניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)												
3	אוזניים/שמיעה [2]												
4	0 לב[4] 0 כלי דם [7] 0 מחלת דם*												
5	סוכרת מטופלת באינסולין [12]												
6	ריאות ודרכי הנשימה[3]												
7	0 קיבה [9] 0 מעיים [9] 0 ושת [9] 0 כבד [10] 0 צהבת [10]												
8	0 איידס ו/או נשאות HIV*												
9	0 כליות [13]												
10	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות- אם כן, יש לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל על מועד האיבחון, הטיפולים, מועד ביום הטיפולים והמצב כיום.												
11	האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?												
12	האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים												

ד. מידע למועמד לביטוח

1. התשובות המפורטות בהצגת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, יישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין משרד הביטוח ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
5. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו ו/או מטעם תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. 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 או למוקד השירות 2735 *.
8. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
9. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום הולדתו (לדוגמה: מבוטח שגוע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ה. הצגת המועמדים לביטוח

- א/ניאנו החתומים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.**
- 2. הליך הצטרפות:**
- ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
- במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
3. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו ו/או מטעמן, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

4. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האיש של באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים מטה נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתנו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותנו/נו על כל מחלה שחליתנו/נו בה בעבר ו/או שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משחררים/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לינו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובינו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

6. הסכמה על שימוש במידע

האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, 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 ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, 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.

7. קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיע 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 ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג 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 קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

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

תקופת הביטוח

תקופת הביטוח תהיה שנתיים החל מיום 1.1.2025 ועד ליום 31.12.2026.

עיקרי הכיסויים בפוליסה*

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	גילוי מחלות קשות (פיצוי)	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. בקרות מקרה ביטוח נוסף יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח כמפורטים בתנאי הפוליסה.

*הטבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות בחוברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים.

לידיעתך, הפוליסה כוללת חרגות לכיסוי הביטוח, חרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב - ₪*

גיל	סכום ביטוח	חלק העובד	סכום/השתתפות בעל הפוליסה עבור העובד בלבד	סה"כ פרמיה לעובד/בני משפחה
ילד מגיל עד גיל 21 (כולל)	₪ 120,370	₪ 10.00	-	₪ 10.00
מבוטחים בוגרים (שאינם ילדים)				
מבוטח עד גיל 20	₪ 120,370	₪ 10.00	-	₪ 10.00
מבוטח מגיל 21-40	₪ 120,370	₪ 15.00	₪ 10.00	₪ 25.00
מבוטח מגיל 41-50	₪ 120,370	₪ 35.00	₪ 15.00	₪ 50.00
מבוטח מגיל 51-60	₪ 120,370	₪ 78.00	₪ 80.00	₪ 158.00
מבוטח מגיל 61-70	₪ 120,370	₪ 104.00	₪ 110.00	₪ 214.00

* דמי הביטוח יהיו צמודים למדד שפורסם ביום 15.12.2024.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, בתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה

א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		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. מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום. / /
 מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25

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. אני/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת. זהות / ח.פ.

מכתובת:

רחוב מס' עיר מיקוד

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:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - 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.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר לידנו 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.
 - 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.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - 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 ותוספותיה/ן.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: לאומי ויזה ויזה כאל ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס אחר

תוקף הכרטיס	מס' הכרטיס
-------------	------------

- לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.
- סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.
- ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.
- היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.


תאריך: שם בעל הכרטיס: ת"ז בעל הכרטיס: חתימת בעל הכרטיס:



1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).

2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:
חשוב לדעת, בקשה זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	יישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? הורה ילד אחר.....

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			