



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

מאי 2021

טופס הצעה לביטוח תאונות אישיות קבוצתי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל
ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ לרכוש יחידות ביטוח נוספות במסגרת הביטוח לתאונות אישיות של ההסתדרות הרפואית בישראל, בהתאם לתנאי ההסכם הקבוצתי.

לידיעתך: דמי הביטוח החדשניים עבורך בגין יחידת הבסיס ישולמו על ידי בעל הפוליסה במלואם. דמי הביטוח החדשניים עבורך בגין היחידה הנוספת ועבור בני המשפחה בגין היחידות ששירכשו, ישולמו באמצעי גביה אישי.

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

שם החבר/ה	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך

אגה סמו האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח:	כן	לא
--	----	----

ג. פרטי המועמדים לביטוח

לביטוח זה בלבד.

במידה ורכשת כסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.

חשוב לדעת: ידווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליטיה וזו ולכלל המוצרים שלך בהרצל, 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

לעדכנם 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
זכר ○ נקבה								מבוטח ראשי (חברה)
זכר ○ נקבה								בן/בת זוג
זכר ○ נקבה								ילד מעל גיל 17 1
זכר ○ נקבה								2
זכר ○ נקבה								3
זכר ○ נקבה								4

שם רופא מטפל	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	מבוטח ראשי (חברה) עד גיל 67
				בן/בת זוג
				ילדים

יִלְדִים מֵעַל גִּיל 18		בן/בת זוג		מבוטח ראשי (חבר/ה)		כתובת מגורים*
☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		מספר בית	רחוב	
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב			
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		

[illegible]

* חובה מגיל 18

חבר הר"י

☐ 2 יחידות נוספות עבורי

☐ 1 יחידה נוספת עבורי

בן/בת זוג של חבר הר"י

☐ 3 יחידות עבור בת/בן הזוג

☐ 2 יחידות עבור בת/בן הזוג

☐ 1 יחידה עבור בת/בן הזוג

ילד/ה מעל גיל 17 של חבר הר"י

☐ 3 יחידות עבור ילד מעל גיל 17

☐ 2 יחידות עבור ילד מעל גיל 17

☐ 1 יחידה עבור ילד מעל גיל 17

הצהרת בריאות

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבוצות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.											
עובד/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
חלק א':											
1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ)									
		משקל (בק"ג)									
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 ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
1	O פרקינסון O טרשת נפוצה O ניוון שרירים O האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות?										
2		O ירידה בצפיפות העצם									
לתוכנית נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:											
1	האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת/ת בית-האם רותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי:										

ג. מידע למועמד לביטוח

1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהיו 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 בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין ההסתדרות הרפואית בישראל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי 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 פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן 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 ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
2. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
3. הליך הצטרפות:
- ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם 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).
- לידיעתך - האמור לעיל אפשרי בפוליסות המשולמות באמצעי גביה אישי בלבד ולא בפוליסות המשולמות על ידי בעל הפוליסה.

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- א. 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 פיננסים 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) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסים 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.
- ב. 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 ו/או שותפיה העסקיים, 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 קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלאי ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתו/נו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותו/נו על כל מחלה שחלתו/נו בה בעבר ו/או שאינו/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבו/נו ובאי כוחו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיו/נו הקטינים.

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				

ד. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א'	תאונות אישיות	פיצוי בגין מוות כתוצאה מתאונה - סך של 125,000 ₪ במקרה של מוות מתאונה. פיצוי בגין נכות מתאונה - עד לסך של 125,000 ₪ בהתאם לטבלת הפיצויים המפורטת בפוליסה במקרה של נכות צמיתה מוחלטת מלאה או חלקית כתוצאה מתאונה. פיצוי בגין נכות תעסוקתית זמנית או מלאה כתוצאה מתאונה - פיצוי שבועי בסך 700 ₪ במקרה של נכות תעסוקתית זמנית או מלאה כתוצאה מתאונה, עד 104 שבועות, לאחר תקופת המתנה של 15 ימים.
ב'	מוות כתוצאה ישירה ממחלת סרטן או לב	פיצוי בגין מוות כתוצאה ישירה ממחלת סרטן או לב - סך של 50,000 ₪ במקרה של מוות המבוטח.

* הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות ובחברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים. באפשרותך לפנות להראל או לסוכן הביטוח ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות 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 - ₪ *

רובד בסיס

חבר/ת הר"י - במימון מלא של בעל הפוליסה

יחידה נוספת

יחידה 1 (חבר/עובד/בן זוג/ילד מעל גיל 17) - 42.50 ₪.

ניתן לרכוש עד 3 יחידות סה"כ למבוטח (כולל רובד בסיס לחבר הר"י).

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.5.2020.

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

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

מכתובת: _____

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
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 ע"י הוראת כל דין.
- 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.
- 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 תענו 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 הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראכרט ☐ דיניגרס ☐ 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			
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.									
תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____									

ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב').

לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:

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

חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.

תאריך: _____ שם המשלם: _____ ת"ז המשלם: _____ חתימת המשלם: _____

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

