

בקשת הצטרפות "מגוון - בריאים ומרוויחים"

לא מאושרת כקופת גמל

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

חותמת תאריך
קבלת הצעה:

מס' הצעה/פוליסה: _____ תאריך תחילת התוכנית: _____ שם: _____ מס' סוכן: _____ שם מפקח: _____

| א פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (במגוון השקעות אישי בלבד) | |
|---|-----------|
| שם | מספר זהות |
| שם | מספר זהות |
| טלפון | טל. נייד |
| e-mail | פקס |

| ב פרטי המועמדים לביטוח (יש לצרף תעודת זהות) | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| הורה מגוון השקעות אישי | שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מס' בית | ישוב | מיקוד |
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מס' בית | ישוב | מיקוד | |
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מס' בית | ישוב | מיקוד | |
| רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי | רח' כתובת מגורים של המבוטח הראשי |
| טלפון | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד | טל. נייד |
| פרטים נוספים של ההורה | מקצוע | מקצוע | מקצוע | מקצוע | מקצוע | מקצוע | מקצוע | מקצוע |
| שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים | שם קופת חולים |

ג פרטי התוכנית המבוקשת

פרמיה חודשית כוללת לחבילה בסך _____ ₪

מגוון השקעות אישי - תוכנית חיסכון לכל מטרה דמי ניהול מפרמיה: 0% דמי ניהול מצבירה: 2.00%

* הטבה: שחרור מתשלום הפקדה שוטפת במקרה של אובדן כושר עבודה עקב מחלה או תאונה.

* הטבות המצוינות מותנות בתשלום פרמיה שאינה פחותה מ-300 ₪ לחודש לכל החבילה. ביטול אחת מהתכניות הכלולות בחבילה או הפחתה של הפרמיה מתחת לסך של 300 ₪ תגרוור ביטול מיידי של כל ההטבות הכלולות בחבילה.

ד מסלולי השקעה (ציון המסלולים הנבחרים - ניתן לשלב עד 5 מסלולים. בהיעדר בחירה תושקע ההפקדה השוטפת/החד פעמית במסלול ברירת מחדל).

| שם מסלול | % ההפקדה | שם מסלול | % ההפקדה | שם מסלול | % ההפקדה |
|-------------------------|----------|------------|----------|----------|----------|
| כללי 1 | _____ % | אג"ח מדינה | _____ % | שקלי | _____ % |
| כללי ללא מניות | _____ % | אג"ח חברות | _____ % | מדד | _____ % |
| כללי 2 (עד 20% מניות) | _____ % | אחר: _____ | _____ % | מט"ח | _____ % |
| כללי 3 (עד 40% מניות) | _____ % | סה"כ: 100% | _____ % | מק"מ | _____ % |
| מניות (לפחות 70% מניות) | _____ % | אופק חיים | _____ % | חוו"ל | _____ % |

ה אופן התשלום - הפקדה חד פעמית / הפקדה שוטפת (סמן את האפשרות הנבחרת)

חד פעמית המחאה אישית: _____ שם הבנק _____ מס' הבנק _____ מס' חשבון _____ מס' המחאה _____ על סך _____ ₪

שוטפת העברה בנקאית: **הבנק הבינלאומי** מס' הבנק: 31 מס' סניף: 126 מס' חשבון: 105175005 (יש לצרף אישור הבנק) הוראת קבע (יש למלא ולצרף טופס הוראת קבע) כרטיס אשראי (יש למלא ולצרף פרטי כרטיס אשראי)

ו הצהרות המועמד לביטוח

אני/אנו הח"מ, מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

1. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

- א. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- ב. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר שימסר ל"חברה", וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני/נו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. הרשות ביד' החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחזרה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
- ד. ידוע לי כי חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק הכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה ובכפוף לאמור בעניין זה בתנאי הפוליסה.
- ה. אם קיימת תוספת לפרמיה/החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אתה/ם מבוטח/ים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות/תוספות שייקבעו בדך הרשמה שיוצרו לפוליסה.
- ו. הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמ/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
- ז. ילד המבוטח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבוטח במסגרת הכיסויים על פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח יותאמו למעמדם כבוגר.

2. ידוע לי/לנו כי:

א. ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות חתימת המצהיר: במקרה שבו טופס ההצעה, לרבות המהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרושמים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות הצהרות. הנני/נו מאשר/ים את ההצהרות האמורות לעיל.

תאריך _____ שם מבוטח ראשי/המצהיר _____ ת.ד. _____ חתימה _____

ז הודעות והצהרות על פי פוליסת ביטוח

ההודעות והצהרות הנמסרות לחברה על ידי המעביד, המבוטח, המוטב או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב באמצעות הטפסים שהיו מקובלים בחברה באותו מועד, במשרדי החברה או במשרדי סוכן הביטוח הרלוונטי. ואולם, לפי הוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, מובהר כי את ההודעות והבקשות המפורטות להלן, בצירוף כל המסמכים הנלווים להודעות/בקשות אלה, חובה למסור במשרדי החברה בלבד (ולא במשרד סוכן הביטוח הרלוונטי). משלוח הצעות לביטוח, שינוי הרכב השקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שינוי מוטבים, בקשות לתשלום ערך פידיון.

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, לפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרם מופיע בסוגריים מרובעים, לדוגמה: [4]

האם קיימת אבחנה או סבלת מ:

1 מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1] בעיות הקשורות ב: אף אוזן גרון [2]

2 מחלת לב [4] מחלת כלי דם [7] אנמיה הפרעות קרישה מחלת דם אחרת *

3 אסטמה כרונית ברוניטי כרונית [3] מחלת ריאות אחרת [3] חזה אויר copd נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות

4 מחלה או הפרעה במערכת העיכול [9] סוכרת [12] מחלת כבד [10] מחלה או הפרעות בריאות [3] מחלת צהבת [10]

5 אפילפסיה [22] FMF [8] בלוטת התריס [11] מחלה אנדוקרינולוגית אחרת * מחלה בכליות [13] דרכי השתן [13]

6 מחלה מגבלה או שבר הקשור ב: מערכת העצמות [18][19] המפרקים [18][19] עמוד השדרה [21]

7 דלקות/מחלות עור מחלות ממאירות גידולים אחרים *

8 אלרגיה מחלה ו/או תופעה כרונית מחלה תורשתית פיגור שכלי תסמונת דאון מחלה במערכת העצבים שיתוק מוחין אוטיזם מומים מולדים פגות ניוון שרירים

9 האם עברת ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? אם כן צרף סיכום ניתוח. האם אושפדת (לרבות אשפוז יום)? [23] עברת תאונה? [24]

10 האם נמצא במהלך בירור, או טיפול, או מעקב רפואי כלשהו, כולל תרופתי או השגחתי, שלא קשור לאחת מהשאלות המופיעות בהצהרת הבריאות? *

11 **ילדות מגיל 14:** המערכת הגניקולוגית [15]

12 האם יש לך נכות כלשהי?

13 האם במקצוע / עיסוק / תחביבך או אורח חיך סיכון מיוחד? אם כן, פרט:

* נא לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם התייחסות לבעיה המוצהרת ותוצאות בדיקות שבוצעו.

אני/נו מסכים/ים מראש להחגה של המחלה/הבעיה: _____

אני/נו מסכים/ים מראש לתוספת עד % _____

תאריך _____ שם מבוטח ראשי/המצהיר _____ ת.ז. _____ חתימה _____

יא הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

א. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.

ב. 1. אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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.

2. אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן העברו פרטי 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 שיעשה שימוש במידע אודותי כמפורט לעיל ע"י חברות אחרות בקבוצת הראל ו/או אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותך להודיענו על כך באמצעות טפסים: "טופס סירוב שימוש במידע" ו/או "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת", העומדים לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il

ג. 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 המייל 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 _____ שם מבוטח ראשי/המצהיר _____

ת.ז. _____ חתימה _____

ט המוטבים

| שם משפחה ופרטי | מס' זהות | קרבה למבוטח | חלק ב-% |
|----------------|----------|-------------|-----------|
| בחי המבוטח | | | |
| במות המבוטח | | | |
| | | | סה"כ 100% |

י גילוי נאות

בהגיעך לגיל _____ יפוג תוקף הפוליסה ותמשוך את הכספים שנצברו לזכותך בדרך של סכום חד פעמי או בהתאם לאפשרויות כמפורט בתוכנית.

סך סכום חד פעמי צפוי לתום תקופה ברבית ברוטו שנתי 4% ובניכוי דמי ניהול מחיסכון מצטבר של 2% הינו: _____ ₪

כיסויים נוספים (עבור כל כיסוי) לפי ההפקדה השוטפת הראשונה הינם בסך: _____ ₪

לידיעתך!
נתונים אלו הינם להמחשה בלבד. רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמשך.

חתימת הסוכן _____ חתימת המועמד לביטוח _____

יב שאלון החלפה/שינוי בפוליסת ביטוח חיים / בריאות

1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים/בריאות בתוקף?
 לא, עבור לשאלה 2 כן, נא פרט:

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח / בריאות חדשה, האם פוליסת ביטוח חיים / בריאות שבתוקף יבטול, יפדו, או יסולקו באופן חלקי או מלא, ישנו באופן שיקטין את ערכי הפידיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן, ישנו או יוגבלו באופן שיגרומם להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן?

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.

הצהרת הסוכן: למיט הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: לא כן

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____ חתימת המועמד לביטוח _____

יד המשווק הפנסיוני / הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם. כן אני מאשר כי בדיקתי אישית את נכונות פרטי המבוטח על פי תעודת הזהות שלו.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____ חתימת המועמד לביטוח _____

יג הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון (יש לצרף ת.ז. ברמיה שנתית מעל 20,000 ₪)

אני _____ מס' ת.ז. _____

מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.

תאריך _____ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה _____ חתימת המועמד לביטוח _____

| | | | |
|---------------|--|-------------|--|
| מס' הכרטיס | | תוקף הכרטיס | |
| | | | |
| שם בעל הכרטיס | | מס' ת.ז. | |
| | | | |
| כתובת: | | | |
| | | | |

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. לאומי קארד ישראלכרט
 דינרס אמריקן אקספרס אחר: _____

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב 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 שיופנק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ בעל הכרטיס חתימת

| | | | | | |
|------------|--|--------------------------|--|---------------|--|
| קוד מסלוקה | | סוג חשבון | | מס' חשבון בנק | |
| | | | | | |
| קוד המוסד | | אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח | | | |
| | | | | | |
| 6 0 8 | | | | | |
| כתובת: | | | | | |
| | | | | | |

לכבוד בנק: _____ סניף: _____

כתובת הסניף: _____

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

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הני"ל בסניפכם בגין תשלום דמי ביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

- ידוע לנו כי:
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולהראל חברה לביטוח בע"מ, שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תמסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב ו/או הזיכוי.
 - אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב לא יתיר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם הראל חברה לביטוח בע"מ.
 - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 - הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר ל-הראל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ עפ"י שיעורי הפרמיה וההצמדה והריבית כפי שייקבעו בפוליסה/ות ובתוספותיה/ן.

אישור הבנק

| | | | | | |
|------------|--|--------------------------|--|---------------|--|
| קוד מסלוקה | | סוג חשבון | | מס' חשבון בנק | |
| | | | | | |
| קוד המוסד | | אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח | | | |
| | | | | | |
| 6 0 8 | | | | | |

לכבוד: _____
הראל חברה לביטוח בע"מ
 רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1954
 רמת-גן 52118

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' חשבוננו/גם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____