

הצעה לתוכנית "מגוון חסכן" לא מאושרת כקופת גמל

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

לשימוש פנימי - סוג מסמך: 3019

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

פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה		שם		מספר זהות	
כתובת למשלוח דואר		רחוב		מספר בית	
מספר הטלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס	
E-mail					

פרטי המועמד לביטוח (יש לצרף ת.ז.)		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה		מין		מצב אישי		מספר ילדים	
רחוב		רחוב		רחוב		רחוב		רחוב		רחוב		רחוב		רחוב	
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס		מספר פקס		מספר פקס		מספר פקס		מספר פקס		מספר פקס	
המקצוע		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל		העיסוק בפועל	

פרטי התוכנית המבוקשת		הרצל מגוון חסכן*		דמי ניהול מהפקדה שוטפת: 0%		דמי ניהול מחיסכון מצטבר: 2%		כיסוי ביטוחי לשחרור מתשלום הפקדות שוטפות במקרה אובדן כושר עבודה (יש למלא הצהרת בריאות)	
שם מסלול		שם מסלול		שם מסלול		שם מסלול		שם מסלול	
כללי 1		כללי 2 (עד 20% מניות)		כללי 3 (עד 40% מניות)		כללי ללא מניות		סה"כ 100%	
מניות (לפחות 70% מניות)		שקלי		מדד		מס"ח			
אופק חיים		מק"מ		אחר:					

* לידיעתך, בהיעדר סימון בחירה תושקע ההפקדה השוטפת / החד פעמית במסלול השקעה ברירת מחדל.

אופן התשלום - הפקדה חד פעמית / הפקדה שוטפת (סמן ✓ באפשרות הנבחרת)		המחאה אישית:		שם בנק		מס' בנק		מס' חשבון		מס' המחאה		סך הפקדה חד פעמית	
העברה בנקאית:		הבנק הבינלאומי		מס' בנק: 31		מס' סניף: 126		מס' חשבון: 105175005		(יש לצרף אישור הבנק)		סך הפקדה חד פעמית	
הוראת קבע		(יש למלא ולצרף טופס הוראת קבע)		קרטיס אשראי		(יש למלא ולצרף פרטי קרטיס אשראי)						סך הפקדה שוטפת	

המוטבים		שם משפחה ופרטי		מספר זהות		קרבה למבוטח		% מסכום הביטוח	
בחי המבוטח									
במות המבוטח									

גילוי נאות		בהגיעך לגיל _____ יפוג תוקף התוכנית ותמשוך את הכספים שנצברו לזכותך בדרך של סכום חד פעמי או בהתאם לאפשרויות כמפורט בתוכנית.	
סכום חד פעמי הצפוי לתום תקופה		ברביית ברוטו שנתית 4% ובניכוי דמי ניהול מחיסכון מצטבר של 2% הינו בסך: _____ ₪	
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 בהמחשה.		חתימת הסוכן _____	
		חתימת המועמד לביטוח _____	

הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון		אני _____ בעל ת.ז. מס' _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי.	
אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.		חתימת המועמד לביטוח _____	
תאריך _____		חתימת המועמד לביטוח _____	

הצהרות המועמד לבעלות על הפוליסה / הביטוח		אני הח"מ, מבקש מהרצל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הרצל") להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.	
אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי:		א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.	
ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר שישמר ל"הרצל", וכן התנאים המקובלים אצל הרצל לעניין זה, ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין "הרצל" ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.		ג. אני מאשר כי קבלתה או דחייתה של הצעת הביטוח נתונים לשקול דעתה של "הרצל".	
ד. ידוע לי כי חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה ובכפוף לאמור בעניין זה בתנאי הפוליסה.			

הצהרת הסוכן / המשווק הפנסיוני		אני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי. כן אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המבוטח על פי תעודות זהות שלו.	
תאריך _____		חתימת הסוכן _____	
שם הסוכן _____		חתימת המועמד לביטוח _____	

מס' כרטיס האשראי										תוקף הכרטיס									
שם בעל כרטיס האשראי										מס' זהות									
כתובת:																			

סוג הכרטיס: ☐ לאומי ויזה ☐ ישראל כרטיס ☐ אמריקן אקספרס

☐ ויזה כאל ☐ דינרס ☐ אחר

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: _____ חתימת בעלי הכרטיס: _____

יד שאלון החלפה / שינוי בפוליסה

1. האם בדין פוליסות ביטוח חיים בתוקף?

☐ לא, עבור לשאלה 2 ☐ כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות ביטוח חיים שבתוקף יבוטלו, ייפדו או יסולקו באופן חלקי או מלא, ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים באותה 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? ☐ כן ☐ לא

2. האם בדין נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?

☐ לא, חתום כנדרש בסוף סעיף זה ☐ כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים ביטוחיים להם אתה זכאי, בפרמיה/עלות כיסוי ביטוחי ו/או בסכומי הביטוח? ☐ כן ☐ לא

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

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

תאריך: _____ חתימת הסוכן: _____ חתימת הסוכנות: _____

הצהרת הסוכן:

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: ☐ כן ☐ לא

טו הצהרת בריאות – לשחרור מתשלום הפקדות שוטפות באובדן כושר עבודה (למילוי במקרה של רכישת הכיסוי הביטוחי)

מהו מקצועך? _____ מהו עיסוקך? _____ מהו תחביבך? _____

הנני מצהיר כי:

- גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג
- א. האם אתה צורך או צרכת בעבר סמים כלשהם? ☐ כן ☐ לא
- ב. האם אתה מעשן? ☐ כן ☐ לא – אם לא: לא עישנתי ב-3 השנים האחרונות ☐ כן ☐ לא
- ג. האם אתה צורך/ת משקאות חריפים? ☐ כן ☐ לא
- א. האם יש לך נכות כלשהי? ☐ כן ☐ לא
- ב. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה? ☐ כן ☐ לא
- ג. האם אתה מקבל/ת ו/או קיבלת תרופות כלשהן באופן קבוע? ☐ כן ☐ לא
- האם סבלת בעבר או הינך סובל/ת היום מחלות לב, סרטן, סכרת, יתר לחץ דם, מחלות במערכת הכליות והשתן, במערכת העיכול, ריאות, שלד, פרקים, שרירים וכאבי גב, איידס, הפטיטיס? ☐ כן ☐ לא
- האם במקצועך / עיסוקך / תחביבך או אורח חיך סיכון מיוחד? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא פרט: _____

אני בריא/ה ומוסוגל/ת לעבוד בעבודתי במשרה מלאה ולא נעדרתי מעבודתי ב-5 השנים האחרונות מעל לשבוע ימים, עקב מחלה או תאונה.

אם אחת התשובות חיובית, נא פרט: _____

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח: _____

לכבוד: _____ חבר קופת חולים: _____

אני, הח"מ, 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 ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון, למסור ל"הראל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י חברת הביטוח על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מייפה את חברת הביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח: _____