הראל
ביטוח ופיננסים

בשביל השקט הנפשי שלך

שם הסוכן	מספר הסוכן	שם המפקח

מספר ההצעה	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח	**לתשומת לבך!** תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.
	0 1	

הצעה לביטוח רפואי וסיעודי

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.

א פרטי המועמדים לביטוח

	ס"ב	מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
מבוטח ראשי/ **המצהיר**						○ זכר ○ נקבה
בן זוג						○ זכר ○ נקבה
ילדים 1						○ זכר ○ נקבה
2						○ זכר ○ נקבה
3						○ זכר ○ נקבה

כתובת מגורים של המבוטח הראשי/**המצהיר**	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר הטלפון	מספר טלפון נייד

פרטים נוספים	מבוטח ראשי	עיסוק	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל
	בן זוג	עיסוק	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל

כתובת הדואר האלקטרוני e-mail @

ב תכניות הביטוח המבוקשות (סמן ב-✓)

בביטוח סיעודי – על כל מבוטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח.

התכנית הבסיסית:
○ Basic Platinum ○ Upgrade Platinum ○ Preferred Platinum ○ Preferred Platinum בריאים ומרוויחים
○ Basic Premium ○ Upgrade Premium ○ Preferred Premium ○ Basic ○ Upgrade ○ Preferred ○ Upgrade Platinum בריאים ומרוויחים

הכיסוי הסיעודי יכלול נוסף על סכום הפיצוי המבוקש גם כתב שירות ייעודי לסיעוד

תכנית הסיעוד:

	המבוטח	סכום הגמלה בש"ח לחודש	הפרמיה ותקופת הפיצוי בחודשים									
○ **Golden Care** על כל מבוטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח סיעודי.	מבוטח ראשי		○ קבועה ○ משולבת	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים	○ משתנה	○ 36	○ 60	○ כל החיים
	בן זוג		○ קבועה ○ משולבת	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים	○ משתנה	○ 36	○ 60	○ כל החיים
	ילדים מעל גיל 3		○ קבועה ○ משולבת	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים	○ משתנה	○ 36	○ 60	○ כל החיים
○ **Golden Care משלים** (לביטוח הסיעודי בקופת החולים/ פרטי/קבוצתי)	מבוטח ראשי		○ קבועה ○ משולבת	✓ תקופת פיצוי – כל החיים			תקופת המתנה בשנים: ○ 3 שנים ○ 5 שנים					
	בן זוג		○ קבועה ○ משולבת									
	ילדים מעל גיל 3		○ קבועה ○ משולבת									
○ **Golden Care – הוני**	מבוטח ראשי		✓ קבועה	סכום פיצוי חד־פעמי: עד גיל 65 – מ־1,000 ש"ח עד 150,00 ש"ח, מעל גיל 65 – עד 100,000 ש"ח.								
	בן זוג		✓ קבועה									
○ **הראל סיעודי לכל*** תקופת המתנה 12 חודשים	מבוטח ראשי		✓ קבועה	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים					
	בן זוג		✓ קבועה	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים					
	ילדים מעל גיל 3		✓ קבועה	○ 36	○ 60	○ 100	○ כל החיים					

הערות
מובהר בזאת שרק מי שבידיו פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת פיצוי של 5/3 שנים או יותר, יוכל לרכוש תכנית עם תקופת המתנה של 5/3 שנים.

על כל מבוטח מעל גיל 65, אם רכש תגמול סיעודי של 75,000 ש"ח ויותר, לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח סיעודי.

למבקש להצטרף לתכנית "הראל סיעודי לכל" (תקופת המתנה 12 חודשים)
בביטוח הסיעודי "הראל סיעודי לכל" קיימת תקופת המתנה של 12 חודשים, כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך 12 חודשים. על־פי הידוע כיום, העלות הממוצעת החודשית לטיפול באדם סיעודי השווה בבית הינה כ־5,000 ₪ ובמוסד כ־15,000 ₪.

*** בחירת תכנית "הראל סיעודי לכל" מחייבת מילוי פרטים נוספים בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים/כלליים" (שאלון 28)**

המוטבים

	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס קרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס קרבה
1						2				

הנספחים המבוקשים

נספחים מבוקשים	סוגי מבוטחים: מבוטח ראשי	סוגי מבוטחים: בן זוג	סוגי מבוטחים: ילדים
○ בריאים ומרוויחים – הרחבה לפרימיום			
○ רופא מלווה אישי			
○ רפואה מתקדמת			
○ מחליפי ניתוח			
○ שירותים רפואיים אמבולטוריים			
○ שירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade			
○ ניתוחים פרטיים בחו"ל			
○ רפואה משלימה			
○ מרחיב קידס			
○ פעילות ספורט			

נספחים מבוקשים	סוגי מבוטחים: מבוטח ראשי	סוגי מבוטחים: בן זוג	סוגי מבוטחים: ילדים	סכום הביטוח בש"ח
○ ביטוח לתרופות מיוחדות (נספח לביטוח סיעוד/מענקית)				
○ שירותים רפואיים ייחודיים (כולל לחיות בריא וניטור לב)				
○ שירותים רפואיים ייחודיים – מורחב				
○ שחרור הדדי				
○ ניתוחית + 7				
○ מענקית				
○ סיעודי גמיש *				
○ בראש שקט פיצוי לאירוע לב או שבץ מוחי				
○ נכות מתאונה				
○ מוות מתאונה				

נספחים מבוקשים	הראל "אמצע החיים" למשפחה: מבוטח ראשי	בן זוג	ילדים
חבילות			
מס' / סוג	1 2	1 2	1 2
ארד			
כסף			
זהב			
פלטיניום			

○ מטריה ניתוחית: מעוניין לרכוש נספח זה: ○ מבוטח ראשי ○ בן זוג ○ ילדים – ○ כפוליסה עצמאית ○ כנספח מספר מנות מבוקש (1–3) _____.

נספחים מבוקשים	עיסוק	סוגי מבוטחים: מבוטח ראשי	סוגי מבוטחים: בן זוג	סוגי מבוטחים: ילדים	סכום ביטוח בש"ח	סוג התחביב (אם מסוכן אנא פרט במילים)	פירוט התחביב
○ מגן 1						○ מסוכן ○ לא מסוכן	
○ מגן 5						○ מסוכן ○ לא מסוכן	
○ מגן בטוח						○ מסוכן ○ לא מסוכן	

"הראל אמצע החיים" – ביטול חריגים

1. נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו־גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד):
למבוטח ראשי: ○ עד (כולל) 250 סמ"ק ○ יותר מ־250 סמ"ק
לבן־זוג: ○ עד (כולל) 250 סמ"ק ○ יותר מ־250 סמ"ק

2. נספח ביטול החרגת ספורט אתגרי:
○ למבוטח ראשי ○ לבן־זוג ○ לילדים

* סכום הגמלה המקסימאלי במצטבר לא יעלה על סכום הביטוח הסיעודי שברשותך ועד למקסימום של 20,000 ש"ח

הצהרת בריאות

הראל
ביטוח ופיננסים

ג הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, **ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים []**, לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א – שאלות כלליות:		ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/ת זוג		מב' ראשי	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
.1	גובה בס"מ (מגיל 10 מבו')										
.2	משקל בק"ג (מגיל 10 מבו')										
.3	מעשן/עישנת, כמה זמן? _____ שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____ כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום _____ [26]										
.4	משתמש או השתמשת בסמים? ○ האם שותה משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)										
.5	האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?										
	חלק ב – האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:										
.1	○ מחלות או תופעות של מערכת העצבים ○ אירוע מוחי* ○ אפילפסיה [22] ○ טרשת נפוצה ○ איידס ○ ניוון שרירים ○ סיסטיק פיברוזיס ○ תסמונת דאון ○ זאבת ○ גושה										
.2	מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים **רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7**) [1]										
.3	בעיות הקשורות ב-: ○ אף ○ אוזן ○ גרון [2]										
.4	○ מחלת לב [4] ○ יתר לחץ דם [5] ○ מחלת כלי דם [7] ○ מחלת דם*										
.5	○ מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]										
.6	מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] ○ כיס המרה [9]										
.7	○ סוכרת [12] ○ שומנים גבוהים/כולסטרול [6] ○ מחלת כבד [10] ○ מחלת צהבת [10]										
.8	מחלה או הפרעה: ○ בכליות [13] ○ בדרכי השתן [13] ○ בערמונית (פרוסטטה) [14]										
.9 *	○ טחורים ○ פיסורה האם עברת ניתוח? ○ לא ○ כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? ○ לא ○ כן בקע: ○ בסרעפת ○ בטבור ○ במפשעה בצד: ○ ימין ○ שמאל ○ בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? ○ לא ○ כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? ○ לא ○ כן										
.10	מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: ○ מפרקים [18][19] ○ עמוד השדרה [21] ○ ברכיים [20] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ פיברומיאלגיה*										
.11	○ גידולי עור [16] ○ דלקות עור / מחלות עור* ○ פסוריאזיס ○ שינויים בנקודות חן										
.12	○ מחלות ממאירות* ○ גידולים אחרים*										
.13	○ בעיות פריון ○ מחלה תורשתית* ○ מחלה ו/או תופעה כרונית* ○ FMF ○ בלוטת המגן [11] ○ מיגרנה ○ גאוט ○ מחלת נפש [25] ○ פיגור שכלי ○ שיתוק מוחי ○ אוטיזם ○ פוליו										
.14	האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח **שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?** ○ האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] ○ האם עברת תאונה [24]										
.15	○ האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי או השגחתי **שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?**										
.16 *	**לנשים (מגיל 14 בלבד):** ○ סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] ○ את בהריון ○ עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____										
.17	**לילדים (עד גיל 18):** ○ הפרעה/עיכוב התפתחותי ○ הפרעות גדילה ○ הפרעות קשב וריכוז ○ מומים מולדים ○ אשך טמיר , האם הבעיה נפתרה? ○ לא ○ כן, **בתאריך** _____ ○ נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים.										
	חלק ג – לביטוח סיעודי ו"הראל אמצע החיים למשפחה" יש לענות גם על השאלות הבאות:										
.1	האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: ○ גריאטריות ○ ניווניות ○ רעד ○ פרקינסון ○ ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית ○ **דמנציה** (אלצהיימר). **נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל**										
.2	האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה										
	חלק ד – לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:										
.1	האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]										

* **נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.**

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת רפואית עד %_____.

אני/ו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

○ ניתוח קיסרי או בקע בצלקת הניתוח — שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

○ בקע המוצהר — שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

○ טחורים/פיסורה אנלית — שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

○ היריון ולידה נוכחיים — שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

○ אחר _____

ד אופן התשלום סמן ב-✓ להלן והשלם:

○ לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____ ○ שם המשלם אם אינו המבוטח _____ מספר הטלפון _____

רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____ חתימת המשלם אם אינו המבוטח _____

○ חודשי ○ שנתי ○ _____ ○ באמצעות כרטיס אשראי ○ בהוראת קבע קיימת בפוליסה מספר _____ ובתנאי שאתה המשלם.

סוג הכרטיס
○ ויזה ○ ישראכרט
○ דיינרס ○ אמריקן אקספרס

שם בעל כרטיס האשראי _____ מס"ב מספר זהות _____

מספר כרטיס האשראי _____ תוקף הכרטיס חודש _____ שנה _____

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נתתמה ע"ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה ע"ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו ע"ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ע"פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תיהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.
היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____

2398

ה הצהרת המועמדים לביטוח

1. למבקש/ים להצטרף לתכניות: Upgrade / Upgrade Platinum / Upgrade Platinum בריאים ומרוויחים.

(א) **ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עלייי/נו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיי/נו על־פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/ו חבר/ים ("שב"ן"): "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיי/נו.**

(ב) **ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אני/ו חבר/ים.**

(ג) **ידוע לי/נו כי דמי הביטוח בגין תכניות Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).**

2. למבקש/ים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):

(א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/ו מבוטח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", לאומית סיעודית", ולי/נו ביטוח סיעודי מסוג _____מתאריך_____ של קופת־החולים _____ בה אני/ו מבוטח/ים.

(ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו **תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים** (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זכאות לתגמול סיעודי על־פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

(א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

(ב) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינ/בינינו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

(ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.

(ד) אם קיימת תוספת לפרמייה/החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח הבריאות בה אני/ו מבוטח/ים בהראל, ידוע לי/לנו ואני/ו מסכים/ים לכך שהראל תהיה רשאית לקבוע בפוליסה זו ו/או בכל פוליסה אחרת המתנהלת אצלה כיום ו/או שתנהל על־ידה בעתיד – תנאי חיתום (לרבות החרגות ו/או תוספות רפואיות) התואמים את המידע הרפואי המצוי בידיה כיום לגבי/נו, ותנאי חיתום אלה יחולו נוסף על תנאי החיתום הספציפיים, אם ייקבעו כאלה, בכל אחת מהפוליסות.

(ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/אנו חותם/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.

(ו) ילד המבוטח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבוטח במסגרת הכיסויים על־פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח יותאמו למעמדו כבוגר.

4. ידוע לי/לנו כי:

(א) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.

(ב) לביטוח הרפואי תקופת אכשרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכשרה של 365 ימים.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו, החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת־חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי־חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על־פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על־ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי־כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

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

(ב) אני מצהיר על הסכמתי לכך שהמידע 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 ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל, על־ידי חברות אחרות בקבוצת הראל אנא סמן x להלן:

○ **איני מסכים שייעשה שימוש במידע כמפורט לעיל**

(ג) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומות על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כמפורט לעיל, אנא רשום את האמצעי שבו אינך מעוניין לקבל פניות _____.

(ד) 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 החברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אליי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, **במקום בכתב**. ידוע לי כי ייתכן ויישלח אליי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על־ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

7. הרחבות ושדרוגים

כדי להימנע מתקופות אכשרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי על־פי המבוקש בהצעה זו, אני/נו נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את ההרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.

8. קבלת שירותים במסגרת כתבי השירות

שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום יישוב בישראל. לא יינתן שירות ביקור רופא לילי במקומות שהינם מעבר לקו הירוק, מובהר שמנוי המתגורר מעבר לקו הירוק, הנזקק לשירות הרפואי, יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על־ידי מוקד השירות (במקום גיאוגרפי הקרוב לבית מגוריו). ברמת הגולן שירות ביקור רופא לילי יינתן בקצרין או בכל מקום יישוב אחר באזור.

9. הפניית המועמד לביטוח לניהול השקעות בהראל פיננסים ו/או ל"תחום אשראי"

אני/נו החתום/ים מטה מבקש/ים להעביר את פרטיי/נו כפי שהם רשומים בטופס הצעה זה:

○ **להראל פיננסים לטובת תיאום פגישה אישית בנושא ניהול תיקי השקעות. הובהר לי/לנו על־ידי הסוכן שתיק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ־300,000 ש"ח ויותר.**

○ **לתחום האשראי ולטובת פעילות כרטיסי האשראי.**

10. הליך הצטרפות

ידוע לי/נו כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הבירור והפקת פוליסה בעבורם, ובהתאם למועדים שייקבעו בה.

○ **אני/נו מעוניין/ים באפשרות פיצול זו**

חתימת המצהיר

במקרה שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים 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 ההצהרות. הנני מאשר את ההצהרות האמורות לעיל.

חתימת המועמדים לביטוח/ המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם מבוטח/המצהיר	מספר הזהות	חתימה
מבוטח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים:				
בן זוג:				
ילד מעל גיל 18:				

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן הזוג וילד מעל גיל 18

ו החלפה/שינוי

האם יש בידיך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף? ● **לא** ● **כן** **אם כן,** ⬇

האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידרים שבתוקף:

(א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? ○ **לא** ○ **כן**

(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו,

האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? ○ **לא** ○ **כן**

אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

חתימת מבוטח ראשי / המצהיר	חתימת בן זוג	חתימת ילד מעל 18

ז הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים/פרטי/קבוצתי)

אני מאשר כי הבהרתי למועמד/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותו/ם מבוטח/ים בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי. כמו־כן הסברתי למועמד/ים לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden Care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיה/ו זכאי/ם לתגמול סיעודי על־פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמד/ים לביטוח, שנמסרו לי/נו אישית על־ידו/ם, ולמיטב הבנתי למועמד/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

2400