

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

טופס הצעה לביטוח תאונות האישיות הקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:

- חברים חדשים המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת חברותם.
- בני משפחה של חברים חדשים (בן/בת זוג ו/או ילד מעל גיל 21) המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת חברותו של החבר.
- חברים ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים במסגרת ההסדר הקודם.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין).
- ילד של חבר שמלאו לו 3 שנים.

דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בן/בת זוגתך ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך
דמי הביטוח החודשיים עבור ילדך, ישולמו באמצעי גבייה אישי.
דמי הביטוח החודשיים עבור גמלאים בפנסיה צוברת ישולמו באמצעי גבייה אישי.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך 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 וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.
במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גבייה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.
חשוב לדעת: 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					
בן/בת זוג					
ילד בגיל 3 ועד 21					
2					
3					
ילד בוגר מעל גיל 21					
מבוטחים נוספים					
גמלאי/ת					
בן/בת זוג					
עובד/ת/גמלאי/ת	שם רופא מטפל	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	
בן/בת זוג					
ילדים					

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 רחוב	מספר בית	
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מיקוד	יישוב	
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		
עובד/ת						כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים
@						
בן/בת זוג						
ילד בוגר (מעל גיל 18)						
@						

* חובה מגיל 18

א. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי):						
ילד מעל גיל 21	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	עובד/ת/גמלאי/ת	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת התאונות האישיות הקבוצתית, עפ"י תנאי ההסכם?

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

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג 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 כוכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

<p>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.</p>											
ילד בוגר שם:	ילד 3 שם:	ילד 2 שם:	ילד 1 שם:	בן/בת זוג	עובד/ת/גמלאי/ת	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/י									
3		האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/י									
4		<p>האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנותיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, 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	<p>מערכת העצבים* O אירוע מוחי* O טרשת נפוצה* O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* O פרקינסון* O רעד* O האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות* O גידולי מוח* O הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלך לך על מעקב/טיפול רפואי*</p>										
2	עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)										
3	אוזניים/שמיעה [2]										
4	O לב[4] O כלי דם [7] O מחלת דם*										
5	סוכרת מטופלת באינסולין [12]										
6	ריאות ודרכי הנשימה[3]										
7	O קיבה [9] O מעיים [9] O ושת [9] O כבד [10] O צהבת [10]										
8	O איידס ו/או נשאות HIV*										
9	O כליות [13]										
10	<p>גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות- אם כן, יש לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל על מועד האיבחון, הטיפולים, מועד ביום הטיפול והמצב כיום.</p>										
11	האם הנך מוגבל/ת לביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש בממצעי 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.										

ג. מידע למועמד לביטוח

1. התשובות המפורטות בהצגת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו 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 הביטחון 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 תעשה 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.
10. 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 ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40.

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים 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/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.**
- 2. 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 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 חיוב 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 החתומים/ים מטה נותנים/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, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור 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/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 תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/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				

עיקרי הכיסויים בפוליסה*

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה	פטירתו של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו סכום בגובה של 150,000 ש"ח. נכותו הצמיתה של המבוטח, עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח ובתנאי שהנכות, לרבות החמרתה, גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח. סכום ביטוח, נכות מלאה צמיתה: מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנה, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 150,000 ש"ח. מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו מעל 67 שנים, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 75,000 ש"ח. נכות חלקית: אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח הנקוב בסעיף נכות מלאה צמיתה, למקרה של נכות מלאה צמיתה.
ה'	פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה	אי כושר עבודה זמני של המבוטח כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני מלא: במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר זמני מלא לעבודה כתוצאה ממחלה ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 600 ש"ח לשבוע. במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר זמני מלא לעבודה כתוצאה מתאונה ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 1,000 ש"ח לשבוע. במקרה של אי כושר חלקי כתוצאה מתאונה - תקופת המתנה בת 30 ימים, במקרה של מחלה - תקופת המתנה בת 21 ימים. פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני חלקי במקרה של תאונה: במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר חלקי זמני לעבודה כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח פיצוי שבועי באופן יחסי לפגיעה בכושר עבודתו, בהתאם לתנאי הפוליסה. (הביטוח על פי פרק זה הינו למבוטח שגילו מעל 21 שנה)
ו'	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה	אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב מחלה או תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי של 200 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום הראשון, ולתקופה מרבית בת 30 יום.
ז'	ביטוח שבר כתוצאה מתאונה	שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה (להלן "שבר תאונתי"). המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין בטבלה שיעור הפיצוי (המופיעה בחוברת) לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 10,000 ש"ח (5,000 ש"ח לילד).
ח'	אירוע כוויה כתוצאה מתאונה	כוויה הנגרמת כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה (להלן "כוויה תאונתית"). המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין בטבלה שיעור הפיצוי (המופיעה בחוברת) לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 10,000 ש"ח (5,000 ש"ח לילד).
ט'	הוצאות רפואיות עקב תאונה	טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור של 60% מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים (המפורטים בפוליסה), ועד לסך 10,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.
י'	שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל	מצבו הרפואי של המבוטח כתוצאה ממחלה או תאונה, בעת שהותו באתר נופש או טיול בישראל. המבטח יישא בעלויות עבור הטיפולים והשירותים המפורטים להלן, אשר ניתנו למבוטח כתוצאה ממקרה הביטוח. הכיסויים הנכללים: הוצאות שירותי רפוא פרטי, הוצאות חדר מיון, פינוי והעברה לבית חולים, העברה מבית חולים אחד לאחר והוצאות העברה ושהייה של קרוב משפחה.

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

לידיעתך, הפוליסה כוללת חרגות 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 - נה *

תאונות אישיות

סוג מבוטח	דמי הביטוח החודשיים
עובד/ת	47.19 ₪
בן/ת זוג של עובד/ת	47.19 ₪
ילד עד גיל 21	9.16 ₪
ילד מעל גיל 21	47.19 ₪
גמלאית/ת	53.17 ₪
בן/ת זוג של גמלאית/ת	53.17 ₪

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.8.2019.

בתום 24 חודשי הביטוח הראשונים, ומתום כל תקופה של 12 חודשים לאחר מכן, ייערך חישוב לצורך להתאמת פרמיה קביעת דמי הביטוח עד תקופת החישוב הבאה ובתאם לקבוע בהסכם בין בעל הפוליסה למבטחת.

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)
		בנק	סניף		
_____	_____	_____	_____	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 ישלחו 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 הני"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:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. 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.
- ג. 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.
- ד. 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.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. הבנק רשאי להוציא 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 ישראלכרט דינירס לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר: _____

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____

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, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר 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".

