

תוכנית הבריאות	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כיסויי בסיס						
1.	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
2.	תרופות מיוחדות					
3.	ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון					
4.	ביטוח UPGRADE לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן					
	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
5.	מענקית זהב* (ביטוח למחלות קשות) ילידים - ברכישת סכום ביטוח מעל 350,000₪: האם קיים ביטוח מחלות קשות בחברה אחרת? האם ביטוח זה צפוי להתבטל? מה סכום הביטוח הקיים?					
6.	מענקית לסרטן (פיצוי למחלת הסרטן)					
נספחים						
11.	ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
12.	תרופות פרימיום - הרחבה לתרופות למחלת הסרטן (רכישת כיסוי זה מותנית ברכישת כיסוי בסיס - תרופות מיוחדות)					
13.	ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות					
כתיבי שירות						
21.	אבחון רפואי מהיר					
22.	רפא מלווה אישי					
23.	רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.					
24.	רפואה משלימה					
	תוכניות הסיעוד (בביטוח סיעודי - על כל מועמד/ת לביטוח מעל גיל 65 לעבור הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת קבלתו לביטוח)	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש
	Golden Care תקופת פיצוי 36 חודשים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה					
	Golden Care תקופת פיצוי 60 חודשים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה					
	Golden Care משלם תקופת המתנה 3 שנים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 7					
	Golden Care משלם תקופת המתנה 5 שנים פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 7					
	הראל סיעודי לכל - תקופת המתנה 60 ימים תקופת פיצוי בחודשים: 36 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> *בקרת מקרה ביטוח תינתן גמלה כפולה במקרה של שהות במוסד					
	הרחבות לתוכניות הסיעוד	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
	נספח ביטוח סיעודי מתאונה - תקופת פיצוי בחודשים: 36 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>					
	סיעוד גמיש (סכום הגמלה המקסימאלי במצטבר לא יעלה על סכום הביטוח היסודי שברשותך ועד למקסימום של 20,000₪)					

*בביטוח מענקית זהב: סכום ביטוח מירבי למבוגר: 700,000₪, סכום ביטוח מירבי לילד: עד 600,000₪.



מבטוח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
הראל אמצע החיים למשפחה					
מבוקש מס' מנות	מבוקש מס' מנות	מבוקש מס' מנות	מבוקש מס' מנות	מבוקש מס' מנות	מבוקש מס' מנות
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
ארד					
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
כסף					
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
זהב					
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
פלטינום					
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
הרחבה להראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות					
פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 133 ש"ח ביום - למבוטחים מעל גיל 21). ימי המתנה:					
30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
בכיסוי לנכות תעסוקתית, במקרה והנך עקרת/ית בית - בחינת הזכאות בקרות מקרה ביטוח הינה אי יכולת לבצע עבודה כלשהי.					
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (למבוטחים מעל גיל 21)					
לאמצע החיים למשפחה					
עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל
250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק
יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>
250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק
לנכות תעסוקתית					
עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל	עד <input type="checkbox"/> כולל
250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק
יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>	יותר מ- <input type="checkbox"/>
250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק	250 סמ"ק
נספח לביטול החרגת ספורט אתגרי					
לאמצע החיים למשפחה					
לנכות תעסוקתית (למבוטחים מעל גיל 21)					
נספח ביטול החרגת השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה של המשטרה					
לאמצע החיים למשפחה					
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
תאונות אישיות (למבוטחים מגיל 3 ומעלה)					
מוות מתאונה (כיסוי בסיס)					
נספח נכות מתאונה					
נספח אשפוז מתאונה					
סכום פיצוי יומי: ש"ח	סכום פיצוי יומי: ש"ח	סכום פיצוי יומי: ש"ח	סכום פיצוי יומי: ש"ח	סכום פיצוי יומי: ש"ח	סכום פיצוי יומי: ש"ח
3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
ימי המתנה:					

תו"ת והראל
 7000379
 07/2017
 B15644/18915



יש לענות על השאלות שלהלן בסיומן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטיים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

שם ילד 4	שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם מבטח ראשי	שם מבטח זוג	רבות
שם	שם	שם	שם	שם	שם	שם
לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן

חלק א'

1.	מגיל 6 בלבד	גובה בס"מ	משקל בק"ג	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של ק"ג. הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> סיבה אחרת
2.		האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמות הסיגריות ביום: [26]		
3.		האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? <input type="checkbox"/>		
4.		מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: <input type="checkbox"/> 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: מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? *		

חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

1.	מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> אירוע מוחי * <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * <input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> רעד * <input type="checkbox"/> פיגור שכלי * <input type="checkbox"/> אוטיזם * <input type="checkbox"/> תסמונת דאון * <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין * <input type="checkbox"/> פוליו * <input type="checkbox"/> גושה * <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות? *
2.	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]
3.	עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
4.	מערכת: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]
5.	מערכת לב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם *
6.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> לרבות סוכרת הריון <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6]
7.	בלוטת המין (בלוטת התריס) [11]
8.	מערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס *
9.	מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> קיבה [9] <input type="checkbox"/> מעיים [9] <input type="checkbox"/> ושת [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9] <input type="checkbox"/> כבד [10] <input type="checkbox"/> צהבת [10] <input type="checkbox"/> טחורים - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פיסורה - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
10.	בקע (הרניה): מיקום הבקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה הימנית <input type="checkbox"/> במפשעה השמאלית <input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11.	מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV * <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס) *
12.	מערכת השתן: <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13]
13.	ראומטולוגיה: <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה * <input type="checkbox"/> FMF [8]
14.	אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="checkbox"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> שברים [18] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19] <input type="checkbox"/> CTS - באיזה צד? <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל
15.	מערכת העור: <input type="checkbox"/> גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> נגע עור או שינויים בנגעי עור / "נקודות חן"? [16] <input type="checkbox"/> מחלות עור * <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
16.	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) *
17.	גידולים שפירים *
18.	לגברים (מגיל 18 בלבד): <input type="checkbox"/> בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14] <input type="checkbox"/> בעיות פריין
19.	נשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים (לרבות הגדלת חזה) [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="checkbox"/> בעיות פריין <input type="checkbox"/> האם הנך בהריון? מה היה משקלך לפני ההריון? <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניחות קיסרי? אם כן מתי?
20.	ילידים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי * <input type="checkbox"/> הפרעת גדילה * <input type="checkbox"/> מומים מולדים * <input type="checkbox"/> נולדה/ה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים. <input type="checkbox"/> חך/שפה שסועה - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אשר טמיר - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

חלק ג': השאלות בחלק זה מתייחסות לבעיות רפואיות אשר לא נשאלת לגביהן בחלק א' ו-ב'.

1.	האם עברת ניתוח או יעצו לך לבעור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? נא פרטי/י
2.	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]
3.	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ת תרופה זו?

חלק ד': לביטוח סיעודי או תאונות אישיות (לרבות אמצע החיים למשפחה) יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:

1.	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 ה': לביטוח מחלות קשות יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:

1.	למיטב ידיעתך, האם בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחות, אח, בן, בת) יש או היו מחלות לב, סרטן, סכרת, מחלות נפש [27]
----	--

השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

ה ספורט מקצועני (סמן ב-✓)

חובה למענה - ברכישת כיסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם הנך עוסק בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי:	לא	לא	לא	לא	לא	לא
	כן	כן	כן	כן	כן	כן

הצהרה המבוטח לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3/5 שנים (סעיף חובה לחתימת כל מועמד/ת לביטוח הרוכש כיסוי סיעודי Golden Care משלים)

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם מבוטח/ת ראשי מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם בן/בת זוג מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 3 5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.

כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 3 5 שנים.

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד* מס' ת.ז. חתימת המבוטח/ת/.....

*מבוטח מעל גיל 18 חייב בחתימה. עבור מבוטח מתחת לגיל 18 יחתום המבוטח הראשי.



הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
Please be sure to complete this form precisely and in full

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
The form is intended from women and men alike

א הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: _____ ת.ז.: _____

לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____

תאריך: _____ חתימת המשלם: _____

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

ב 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 מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח.

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/ו הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.ז.הות / 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.
- ההרשאה 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.
- 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.
- ההרשאה 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.
- 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: _____

ג 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
_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס _____ תוקף הכרטיס _____

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזר באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.

יודגש, כי כל תשלום אחר, אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליהן יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על 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 על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח תחודשנה, יחייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

7000379
 07/2017
 B15644/18915
 ת.ז.הות/הראל