

תאריך: 12 באוקטובר, 2022
אסמכתא: 36235109
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש



לכבוד
אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

א.ג.ג.

תביעת פיצוי חד פעמי בפוליסות בריאות מספר 12914500

המבוטח: אופק רביבו
תעודת זהות: 214423709

פוליסה/ות:

ענף בריאות פוליסה 800986366 ביטוח תאונות אישיות - אישי

מקרה מיום: 15/11/2021

שם הכיסוי: נכות כתוצאה מתאונה, שברים עקב תאונה

בהמשך לתביעה שבנדון נידעך כי ביום 28/08/2022 התקבלו המסמכים הנדרשים לבירור פנייתך בגין תביעת פיצוי חד פעמי, ביחס לאירוע/מקרה מיום 15/11/2021, והרינו להודיעך על דחייתה של התביעה לפי הפירוט כדלקמן:

1. כאמור במכתבנו מיום 18.08.22, עפ"י סעיף 6.5 בפרק החריגים הכללים לפוליסה קיימת החרגה "לנזק הנגרם כתוצאה מנהיגה ברכב מנועי דו גלגלי או טרקטורון".

2. מתוך עיון במסמכי התביעה עולה כי מרשך נפגע כרוכב אופנוע, המוחרג כאמור לעיל.

3. נוסף ונציין, כי מעיון בהצעה אשר חתומה על ידי אביו של מרשך סומן כי מבקש לרכוש ביטול חריג עבור מבוטח ראשי בלבד - רביבו משה.

כמו כן, בהצעה מצוין, שניתן לרכוש ביטול חריג למבוגרים מעל גיל 21 בלבד כך שבכל מקרה, מרשך לא יכל לרכוש ביטול חריג לרכב דו גלגלי. לנוחיותך, מצ"ב העתק מההצעה.

4. נוסף ונציין, כי הפוליסה, גילוי נאות ודף פרטי הביטוח נשלחו למר רביבו משה בסמוך להקמתה והיה עליו לעיין בתנאים, הגדרות וחריגים של הפוליסה.

יצוין, כי גם בדף פרטי הביטוח מצוין, כי ביטול חריג דו גלגלי נרכש ע"ש מדה רביבו בלבד.

5. לאור האמור לעיל, אין שינוי בעמדתנו ודין התביעה להידחות.

6. למען הזהירות יצוין, כי הואיל ולא התקבלו בחברתנו מלוא המסמכים הנדרשים לבחינת התביעה, אין בידנו להעלות טענות עובדתיות ו/או משפטיות נוספות, ובמידת הצורך אנו שומרים לעצמנו הזכות לעשות כן ולדרוש מסמכים נוספים ואף לאסוף תיק רפואי.

הנך רשאי/ת להשיג על ההחלטה בדרכים כדלקמן:

א. על ידי פנייה לח"מ לרבות באמצעות צרוף חוות דעת של מומחה מטעמך.

ב. על ידי פנייה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, עו"ד אפרת אולברג-גרטל, באמצעות דואר ישראל לכתובת- בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו.
ג. על ידי פנייה לכל גורם רלבנטי נוסף ובכלל זאת כל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחכונ במשרד האוצר.

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. לידיעתך, בתביעות אובדן כושר עבודה מקרה הביטוח מתרחש מידי יום ביומו ולכן תקופת ההתיישנות, מתחילה להימנות מדי יום ביומו ביחס לאותו היום כל עוד מתקיים מקרה הביטוח. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנים.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:
אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: tvioths@harel-ins.co.il
פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת.

בכבוד רב
ליברסקי לובה
ר"צ תביעות תאונות אישיות
טלפון: *הראל (2735*)
אגף תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות



למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל:
polisotbs@harel-ins.co.il
או בפקס: 03-7348178
מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך
בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870
השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס.
עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

הצעה לביטוח הראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מהדורת 09/2018

שם הסוכן: **שמשיאן שלומי** מספר הסוכן: **15045**
תאריך: **01/01/2020** התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
עליך להשיב תשובה מלאה וכה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותייה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

א פרטי המועמדים לביטוח

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח ודיווח שנתי, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____		(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)	
מספר זהות	0 3 3 3 9 4 2 2 2	מבטח ראשי	בן/בת זוג
שם משפחה	רביבו	ילד 1	2 1 4 4 2 3 7 0 9
שם פרטי	משה	רביבו	
מין	☒ זכר ☐ נקבה	אופק	
תאריך לידה	2 1 0 2 7 7	זכר ☒ נקבה ☐	
עיסוק	תברואן	0 8 0 8 0 3	
קופת חולים	כללית		
שב"ן	כללית מושלם		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?*	☐ כן ☒ לא		
טלפון בבית			
טלפון נייד*	0545300058		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים			
כתובת מגורים*			
רחוב	הרכבי אברהם	כתובת זהה למבטח ראשי	כתובת זהה למבטח ראשי
מספר	15	רחוב	רחוב
יישוב	תל אביב - יפו	יישוב	יישוב

מספר זהות	ילד 2	ילד 3	ילד 4
שם משפחה			
שם פרטי			
מין	☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה
תאריך לידה			
עיסוק			
קופת חולים			
שב"ן			
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות?*	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
טלפון בבית			
טלפון נייד*			
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים			
כתובת מגורים*			
רחוב			
מספר			
יישוב			

*חובה מגיל 18



^dt2583

עמוד 1 מתוך 6 הופק על ידי מערכת אופטימום גרסה 3200

קוד מסמך: 2583

תוכניות הביטוח המבוקשות (סמן ב-✓)

הראל אמצע החיים למשפחה*

בחירת המועמדים לביטוח
סוג החבילה ומס' המנות

סמן ✓ בהתאמה	ארז	כסף	זהב	פלטיניום	הכיסוי	סכומי ביטוח בש"ח לחבילה לפי סוג החבילה			
						ארז	כסף	זהב	פלטיניום
מבוטח ראשי	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☒	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	מוות מתאונה	50,000	75,000	100,000	150,000
בן זוג	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	נכות מתאונה	50,000	75,000	100,000	150,000
ילדים 1	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☒	שברים וכוויות	10,000	15,000	20,000	30,000
2	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	סיעוד מתאונה (תשלום חד פעמי)	10,000	15,000	20,000	30,000
3	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	אשפוז כתוצאה מתאונה	100	150	300	450
4	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	ניתוח פלסטי מתאונה	תקרת שיפוי 20,000*			
	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	3 ☐ 2 ☐ 1 ☐	ניתוח אורטופדי	כתף: 8,000, ברך/קרסול: 5,000*			

* ברכישת חבילת ביטוח, סכומי הביטוח הינם בהתאם לרשום לעיל. למען הסר ספק, בעת רכישת שתי יחידות ביטוח ומעלה הסכומים אינם מוכפלים

נספחים	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לאמצע החיים	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☒	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐
נספח ביטול החרגת ספורט אתגרי לאמצע החיים			✓			
נספח ביטול החרגת השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה של המשטרה (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לאמצע החיים						

הרחבה להראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות

נכות תעסוקתית (עד 133 יומי) לבוגרים בלבד מעל גיל 21	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי
ימי המתנה	30 ☐ 14 ☐	30 ☐ 14 ☐	30 ☐ 14 ☐	30 ☐ 14 ☐	30 ☐ 14 ☐	30 ☐ 14 ☐
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד מעל גיל 21) לנכות תעסוקתית	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐	עד 250 ☐ סמ"ק כולל יותר מ- 250 סמ"ק ☐
נספח ביטול החרגת ספורט אתגרי לנכות תעסוקתית						
תאונות אישיות (למבוטחים מגיל 3 ומעלה)*	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
מוות מתאונה (כיסוי בסיס)						
נספח נכות מתאונה						
נספח אשפוז מתאונה	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי	סכום פיצוי יומי
ימי המתנה:	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐

* סכום הביטוח לילד (עד גיל 21) יהיה 50% מהסכומים המפורטים לעיל עבור מוות מתאונה, נכות מתאונה, שברים וכוויות מתאונה, סיעוד מתאונה ואשפוז מתאונה.

מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח (ברכישת תוכניות אמצע החיים ותאונות אישיות)

באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

הצהרת בריאות (קוד הצהרה - 30)

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת/לאבחנה הסופית, בצרף בדיקת שביצוע בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

חלק א':

מבטח ראשי	מבטח בן/בת זוג	אופק		לא	כן	לא	כן	לא	כן
		לא	כן						
1.	האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?	✓							
2.	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:								
2.1.	פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	✓							
2.2.	ירידה בצפיפות העצם ☐	✓							

לתוכנית נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:

3.	האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת/ית בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי/י	✓							
----	---	---	--	--	--	--	--	--	--

במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם, תיגבה תוספת רפואית.

האם אתה מסכים כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורך ו/או עבור ילדיך עד גיל 18 כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללת את הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לך ו/או לילדיך עד גיל 18, לפי העניין: תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם. ☐ כן ☐ לא

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
מבטח ראשי				
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

לרכישת כיסויים נוספים יש למלא טופס הצעה עם הצהרת בריאות מלאה.

הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

(א) אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים תפועים עבורך ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

(ב) אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. ויתור סודיות רפואית: אני/אנו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישוב תפועים על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חוללים/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר 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 החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.

☐ אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלת המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

4. אני/אנו מסמיכים/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורינו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך הצטרפות לפוליסה זו.

סעיפים חובה למענה

כן	לא
✓	

5. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?

במידה ובוצעו לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 5 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

הצהרת המועמדים לביטוח - המשך

7. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

כן	לא
☒	☐

(א) אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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 בטרם מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

(ב) הרינו להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט ח"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

8. השוואה / ביטול

כן	לא
☒	☐

האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן - "פוליסה קיימת")?
הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:
במידה והתשובה החיובית מתייחסת לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי:

במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.

☐ אני/נו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי
לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.
אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.

☐ אני/נו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי
לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם ויגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה.
אני/נו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.

☒ אני/נו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת
האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך/כם לבטל: ☐ על ידך ☐ ע"י סוכן הביטוח
☒ ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס הצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת: **מנרה**

במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסויי פיצוי בלבד (תאונות) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
02/01/2020	רביבו משה	033394222	

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: **02/01/2020** שם: **שמיאן שלומי** ת"ז: _____ מס' רישיון: _____
חתימה: _____

מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרור לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד.
- על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- 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 מוגבלת תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il.
- נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il.
- במידה והנך מעוניין ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים/מעשן: כאשר תפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתבחן האפשרות לשינוי תעריף הכיסויים הרלוונטיים.
- רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון בכתובת www.mof.gov.il.