

August 2025

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי טראקס ובני משפחותיהם

Application Form of Collective Medical Insurance for Employees of Trax and their Families

הנני מבקש/ת בזה מההרצל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי טראקס ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג ילדים), עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

I hereby ask of Harel Insurance Company Ltd. to admit me to the Collective Health Insurance for Employees of Trax and / or to admit my family members (spouse / children) under the terms and conditions appearing in the Policy.

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

- בני משפחה המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת ההסכם או עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכויותו של עובד חדש.

You should fill-out the Health Statement attached to this document in the following cases only:

- Family members who are joining after 90 days from the start date of the Agreement or the Employee work.
- New family members (as a result of marriage, childbirth, adoption) who are joined to the Insurance after 90 days from the date of joining the family or from the start date of eligibility of the new employee.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו במלואם על ידי המעסיק.

דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעי גביה אישי.

For your knowledge: The monthly Insurance Premium for you will be fully financed by the employer.

The monthly premium for your family will be paid through personal collection.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

You must give a complete and honest answer to a question regarding a substantial mater. If you fail to do so, it may have an adverse effect on the payment of insurance benefits.

תאריך	חתימה	תאריך תחילת עבודה	ת.ז.	שם העובד/ת
Date	Signature	Date of starting work	ID	Name of Employee

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח:

כן	לא
Yes	No

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 קטין. 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 גביה אישי – פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהרצל.
חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהרצל, 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

A. Particulars of the Insurance Applicants

Filling-out this Application for children under the age of 18 will be done only by a parent / guardian who is authorized to sign this Application for them and such signature shall be deemed as the minor's consent.

If you have purchased covers that are paid for by the Policyholder **only** – the contact information that you provide in this Form will be used by us for completion of the admission procedure for this Insurance only.

In case you have purchased additional covers, for you and / or for your family members, using a personal means of collection – the contact information will be used by us also for the delivery of mailings, information and updates regarding this Policy as well as your other Harel products.

It is important to know that reports, information and updates regarding this Policy and all of your Harel products will be sent over to you be digital means, if there are any, according to the contact details we will have as at the date of sending. If you wish to receive such document through the Israel Post, to view you contact details as recorded by us and / or to update the same, you may do so, at any time, in your personal area at the Company's website www.harel-group.co.il.

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ס"ב	מספר זהות
Sex	Date of birth	First name	Last name	Control Digit	ID
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					עובד Employee
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					בן/בת זוג Spouse
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					ילד עד גיל 25 Child under the age of 25
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					1
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					2
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					3
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female					ילד בוגר מעל גיל 25 Adult child over the age of 25 years

עיסוק Occupation	שם קופת חולים Name of HMO	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג "Shaban" (complementary insurance) type
עובד/ת Employee		
בן/בת זוג Spouse		
ילדים Children		

כתובת מגורים *Residential address*	מבוטח ראשי (עובד/ת) The Main Insured (Employee)		בן/בת זוג Spouse		ילדים מעל גיל 18 Children over the age of 18	
	רחוב Street	מספר בית House number	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי <input type="checkbox"/> Address is the same as that of the Main Insured		<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי <input type="checkbox"/> Address is the same as that of the Main Insured	
			רחוב Street	מספר בית House number	רחוב Street	מספר בית House number
			יישוב City	מיקוד Postal zoning code	יישוב City	מיקוד Postal zoning code
מספר טלפון נייד* Mobile phone number*		מספר טלפון נייד* Mobile phone number*		מספר טלפון נייד* Mobile phone number*		
מספר טלפון בבית Home phone number		מספר טלפון בבית Home phone number		מספר טלפון בבית Home phone number		
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים E-mail address for personal messages and mailings	עובד/ת / Employee		@			
	בן/בת זוג / Spouse		@			
	ילד בוגר (מעל גיל 18) / Adult child (over the age of 18 years)		@			

* Must be specified for persons whose age is 18 years

* חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן						
B. The requested Insurance Plans (please mark <input checked="" type="checkbox"/> where appropriate): You should choose the "Course of Surgeries Cover from the First NIS" or the "Course of Surgeries Cover After Complete Utilization of the Complementary Insurance ('Shaban') Eligibility".						
תיאור Description	עובד/ת Employee	בן/בת זוג Spouse	ילד 1 Child 1	ילד 2 Child 2	ילד 3 Child 3	ילד בוגר Mature Child
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? Do you wish to join the Insurance Plan ("Course of Surgeries Cover from the First NIS") under terms and conditions of the Policy? <input type="checkbox"/> Yes						
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? Do you wish to join the Insurance Plan ("Course of Surgeries Cover After Complete Utilization of the Complementary Insurance ('Shaban') Eligibility") under terms and conditions of the Policy? <input type="checkbox"/> Yes						

* שב"ן – כללית מושלם/פלטינום, "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא", ו"לאומית זהב".

* "Shaban": "Clalit Mushlam / Platinum", "Magen Zahav", "Maccabi Sheli", "Me'uhedet Adif / Si" and "Le'umit Zahav"

ג. הצהרת הבריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד) C. Health Statement (to be filled out only in the case listed on Page 1 hereinabove)
<p>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> <p>The Health Statement below applies severally to each one of the following: The Main Insured, the Spouse and each one of the Children insured. You must</p>

answer the questions below by marking a "✓" in the column of the appropriate answer and, as required, provide further medical details in the corresponding Questionnaire, the number of which appears in square brackets "[]", for example: "[4]". In any case of a positive answer ("Yes"), if there an asterisk ("*") next to the corresponding question, you should attach a medical certificate from the attending physician, regarding the problem declared, test results, manner of treatment and up-to-date condition.

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.			עובד/ת Employee		בן/בת זוג Spouse		ילד 1 שם: Child 1 Name:		ילד 2 שם: Child 2 Name:		ילד 3 שם: Child 3 Name:		ילד בוגר Mature Child Name:	
Each Insurance Applicant whose age is 65 years and over, must attach a medical certificate regarding his / her medical condition including references to surgeries, medications (taken regularly), medical diagnoses, hospitalization and results of special imaging tests carries out in the last 5 years.			לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes
חלק א': שאלות כלליות Section A: General Questions														
1	מגיל 10 בלבד From the age of 10 years and over only	גובה (בס"מ) Height (in cm)												
		משקל (בק"ג) Weight (in kg)												
		האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה ○ ירידה של ____ ק"ג. מה הסיבה? סדיאטה ○ אחרת During the last couple of years, have there been any changes in your weight? ○ Gained ○ Lost ____kg. What was the cause of that? ○ Diet ○ Other												
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצא/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית) <u>Uncompleted clarification of symptom of illness:</u> During the last two years have you been referred for, or are you undergoing presently, a course of the following medical or diagnostic tests, which is not yet completed and no final diagnosis has been determined yet: catheterization, echocardiography, CT, MRI, ultrasound (not as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy, gastroscopy? (If the answer is "Yes", please attach a certificate from the attending physician, stating the reason for performing the test, the test results and final diagnosis)													
3	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטל/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרט/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטל תרופה זו? During the last 10 years, have you been taking, or have you received a recommendation to take, medications regularly? Please specify the problem for which you treated, what treatment do you receive and for how long have you been taking this / these medication (s)?													
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? [23] נא פרט/י During the last 5 years, have you undergone, or have received a recommendation to													

O Have you given birth through CEsarian Section? If your answer is "Yes", when? (האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן (מת?)														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ספורט מקצועני (שאלה עבור מבטחים בגירים מעל גיל 18 - נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי):

Professional sports (question for adult Insureds over the age of 18 – please mark ☒ in the relevant space):

חובה למענה – ברכישת כיסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל Mandatory response – when purchasing coverage for surgery and replacement surgery in Israel	עובד/ת		בן/בת זוג		ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד בוגר	
	Employee		Spouse		Child 1 Name:		Child 2 Name:		Child 3 Name:		Mature Child Name:	
	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט/י: _____ Are you involved in professional sports that is your primary occupation? Please specify: _____												

ד. מידע למועמד לביטוח	
D. Information for the Insurance Applicant	
1.	<p>התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.</p> <p>לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.</p> <p>תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.</p>
2.	<p>פרטיות - הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.</p> <p>פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.</p>
3.	<p>תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).</p> <p>עבור מועמדים שנדרשים למלא הצהרת בריאות לצורך ההצטרפות לביטוח - ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998-, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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*.</p>
4.	<p>למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:</p> <p>א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן"; כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.</p> <p>ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות המכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים וזאת בתנאי שנותני השירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם נותני שירות בהסדר, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').</p> <p>ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p>
5.	<p>שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.</p> <p>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 יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).</p>
6.	<p>11. למעשים בלבד: לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.</p>
<p>1. The answers provided in the Health Statement, as well as any other information submitted to the Company and the Company's commonly accepted terms and conditions for this purpose, will serve as fundamental terms and conditions of the Insurance Contract between you and the Company, constituting an inseparable part thereof.</p> <p>2. The Company may accept or dismiss the Application.</p> <p>3. For your knowledge, the Insurance Contract will come into force for each one of the Insurance Applicants only after the Company issues a written</p>	

confirmation of admission concerning that same Applicant.

4. The terms and conditions of insurance are those stated in the Policy and in the Contract between Harel Insurance Company Ltd. and Traiana Technologies and EBS Financial Technologies and subject to its provisions, settings and exclusion clauses as stated therein.
5. **Privacy:** Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") collect information for the purpose of enrollment in products, providing services, operation and management of product lifecycles, handling of claims, payments and processes, managing and improving the business and services that Harel provides, compliance with the law, customizing and offering products and services based on personal characteristics and for other legitimate purposes. Generally, you are under no legal obligation to provide information, however choosing not to provide information may make it impossible for us to assess a request and provide a service. The information will be transferred to the insurance agent (if there is one) so that the agent can deal with requests and regarding all aspects of the management and operation of products and services, as well as to service providers and other third parties who are authorized to receive the information, in connection with these purposes. Additional information about the privacy policy is available on the Harel website, including the methods of communication with the Data Protection Officer in Harel, information about the right of inspection and alteration as well as the right to opt out of direct mailing, can be found via the following link: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
6. For candidates who are required to complete the health declaration to enroll in insurance. If you are a "Person with Disability" as this term is defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5758 – 1998, namely, a "Person with physical, mental or intellectual (including cognitive) impairment, perpetual or temporary, because of which his or her functioning is substantially limited in one or more of the main areas of life", please let us know about it through your Insurance Agent whose details appear at the top of this Application, or through the Call Center at * 2735.
7. For those who wish to join the coverage for surgeries and alternative-to-surgery treatment in Israel, complementary to "Shaban":
- A. In order to realize the cover for surgery you will have to apply to your HMO to realize your rights under the Supplemental Medical Services plan in which you are member (s) ("Shaban": "Clalit Mushlam / Platinum", "Maccabi Magen Zahav", "Le'umit Zahav", "Me'uhedet Adif / Si") and also apply to the Insurer in order to realize your rights.
 - B. The aforementioned coverage covers the medical expenses mentioned in the Chapter of Cover for Surgeries and Alternative-to-surgery Treatment in Israel, complementary to "Shaban", beyond the cover granted by the "Shaban" plan in which you are member (s), provided that the service providers are included in the arrangement with the Insurer. In other words, this coverage is a complementary insurance, whereby insurance benefits will be paid for a surgery covered by the Policy, with service providers that are included in the Arrangement, over and beyond the Shaban's contribution. The Insurer will pay the difference between the actual expenses of a surgery covered under the Policy and the expenses cover due from the Shaban, to service providers that are included in the Arrangement, and up to the maximum limit determined in the Policy.
 - C. For your knowledge, the Insurance Premium for coverage of surgeries and alternative-to-surgery treatment in Israel, complementary to "Shaban" are lower than the Insurance Premium of full insurance for surgeries regardless of the rights granted by the "Shaban" (insurance coverage plan "from the first NIS").
 - D. When your membership in the "Shaban" plan ends, you will be entitled to apply to the Insurer and seek to move over to an insurance coverage "from the first NIS", within 60 days from the date of the HMO's notice on the cancelation of its "Shaban" plan or from the date such cancelation comes into force, according to the latest of these to dates.
8. **military service:** It is clarified that during military service, the use of your Health Insurance Policy is subject to the IDF orders, which may change from time to time.
9. Insurance Premium in the Policy will be determined according to the Insured's age upon his or her admission to the insurance and will change during the Insurance Period according to the Table of Insurance Premium, according to the Insured's age. The Insured's age, for the purpose of calculating the Insurance Premium will be determined in the following manner: The Insured's day of birth will be deemed as the first day of his or her month of birth (for example: an Insured who will reach the age of 40 years on January 10, 2019, will be deemed to have reached the age of 40 years on January 1, 2019).
10. **Applicable to smokers only:** If you quit smoking for a prolonged period of at least two years, please notify the company and provide a suitable declaration in order to enable us to consider the possibility of amending the tariff for the relevant insurance covers under this policy.

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

E. Statement of the Insurance Applicants

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/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 מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
2. הליך הצטרפות:
ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף 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.**

I / we the undersigned, hereby ask of Harel Insurance Company (hereinafter, the "Company") to insure me / us based on all the contents of this Application and after I / we have been given the substantial information required. I / We hereby declare that all the answers are correct and complete and are given of my / our own free will.

2. The Admission Process:

As far as this Application Form seeks the admission to insurance of more than one Applicant, where only part of the Insurance Applicants may be admitted while other Insurance Applicants are required to undergo a continued procedure of terms and conditions clarification, undersigning and admission to insurance, the Policy will not be issued for any of the Insurance Applicants and shall not come into force until the undersigning procedures are completed for all of the Insurance Applicants.

- ☐ If part of the Insurance Applicants will be required to undergo undersigning procedures that will not allow their immediate admission to the Insurance, I request that the Insurance Policy will be issued for those Insurance Applicant who may be admitted to the Insurance, without waiting for completion of the undersigning procedures of the other Insurance Applicants (Please mark if you wish to select this option).

For your knowledge – the foregoing option is possible for Policies that are paid for using a personal means of collection only, and not in Policies that are paid for by the Policyholder.

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאת לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

A. **Notification regarding receiving advertising material from the Company:**

The information you provided will be used for sending advertising material by the Company via email, automatic dialing system (autodialer) or text messages (SMS). You may unsubscribe at any time at: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; by dialing *2735; or through the QR code below:

B. **Consent to receive additional advertising material:**

☐ In addition to advertisements that the Company may send me based on my aforementioned notice, I also wish to receive advertising material about services and products from all Harel Group companies, their business partners and third parties, by email, autodialer or SMS.

*Harel Group - Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. and its subsidiaries.

Please note – a failure to mark your preference will not be considered a refusal to receive advertising material from the Company (as detailed in Section A above) and it does not invalidate any prior consent. You may change your mind regarding your consent at any time.

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 קבלתי/נו לביטוח המבוקש** למסור להראל (הלך: "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 חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים 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 עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

4. **Waiver of medical confidentiality**

I / We the undersigned hereby grant permission to the HMO and / or its medical institutions and / or to the IDF, as well as to all physicians and / or psychiatrists, medical institutions and other hospitals, to the National Insurance Institute and / or the Ministry of Defense and / or any insurance company, including the Company, and / or any other institution and entity, **as far as it is required in order to clarify and settle claims under the Policy, and / or for the purpose of reviewing procedure of my / our admission to the Insurance requested**, to deliver to Harel (hereinafter, the "Requesting Party") any and all information in your possession as well as any details, without exception and in the form required by the Requesting Party, pertaining to my / our health condition, any illness that I / we have had previously and / or have now and / or will have in the future, and I / We release you from the obligation to maintain medical confidentiality and waive this confidentiality in favor of the Requesting Party, and I / we will have no contention or claim against you or against the Requesting Party regarding the matter aforementioned. This written Waiver obligates me / us, my / our estate, my / our attorney (s) and anyone who comes in my / our stead. This written Waiver will also apply to our minor children.

חתימה Signature	מספר זהות ID No.	שם המבוטח Name of the Insured	תאריך Date	מבוטח ראשי The Main Insures
				בן/בת זוג Spouse
				ילד מעל גיל 18 Child over the age of 18 years
				ילד מעל גיל 18 Child over the age of 18 years
				ילד מעל גיל 18 Child over the age of 18 years
				ילד מעל גיל 18 Child over the age of 18 years

א. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):
F. Agent's Statement on clarification the Applicant's needs and the appropriateness of the insurance to the Applicant's needs (this Section must be signed be the Agent):

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

Agent's Statement on compliance with provisions of the Commissioner's Circular regarding Admission to Insurance: I confirm that as part of the sale procedure of the products listed on this Application Form I have complied with all provisions of the Commissioner's Circular regarding Admission to Insurance and, in particular, I have clarified the needs of the Applicant (s), suggested insurance or addition of coverage extension or service document for an existing policy according to his / her /their needs, and provided him / her / them with all the substantial information required.

Date: _____ Name of the Agent: _____ Agent's signature: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.9.2021 ועד ליום 31.8.2026.

5 years, from 1.9.2021 up to 31.8.2026

עיקרי הכיסויים בפוליסה ()
Main Covers of the Policy (*)

פרק Chapter	שם כיסוי Name of Cover	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי Covers and main Insurance Amount
A	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל Transplantations and Special Treatments Abroad	<p>השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם- עד תקרת שיפוי בגובה 4,500,000 ₪. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 5,200 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,100 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר לתקופה של 24 חודשים.</p> <p>טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם- עד תקרת שיפוי בגובה 1,600,000 ₪. טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם – כיסוי מלא (ללא תקרה).</p> <p>Transplantation Medical expenses of transplantation with service providers that are included in the Agreement: full cover (no maximum limit). Medical expenses of transplantation with service providers that are not included in the Agreement: up to a maximum limit of indemnification amounting to NIS 4,500,000 Allowance flowing the performance of transplantation, amounting to NIS 5,200 for liver, heart, heart-lung, lung or pancreas transplant or NIS 3,100 per kidney, intestine, ovary or bone marrow transplant from a donor after a period of 24 months.</p> <p>Special Treatment Abroad Special treatment abroad by service providers that are not included in the Agreement: up to a maximum limit of indemnification amounting to NIS 1,600,000. Special treatment abroad with service providers in the Agreement – full coverage (no limit).</p>

B	<p>תרופות מחוץ לסל</p> <p>Medications not included in the National Health Standard (the "Sal")</p>	<p>כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי בריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות, בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות כמפורט בתנאי הפוליסה ובין היתר - תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה.</p> <p>עד 2,000,000 ₪ מתחדש מדי 3 שנים.</p> <p>Coverage for the purchase of medications that are not included in the National Standard of Health services (the "Sal") or not covered by the National Health Standard due to indication and according to the types of medications specified in the Policy terms and conditions and, among other things, medications that are not included in the National Standard of Health services (the "Sal") or not covered by the National Health Standard for the Insured due to indication, and have been approved for the required use, in Israel or in one of the acknowledged countries, or have not been approved for the required use but were acknowledged as efficient in treatment of such condition as the Insured's, under the Policy terms and conditions.</p> <p>Up to NIS 2,000,000, renewed every 3 years.</p>
C	<p>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון בארץ</p> <p>Surgeries and replacement surgery treatments in Israel – From the First Shekel in Israel</p>	<p>המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים:</p> <p>א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.</p> <p>ב. שכר מנתח.</p> <p>ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו.</p> <p>ד. טיפול מחליף ניתוח – עד לתקרה עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יידקק המבוטח לטיפול נוסף.</p> <p>התשלומים בסעיפים ב' ו- ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אם אף שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר.</p> <p>a. Consultations in every insurance year for surgery or replacement surgery treatment and up to a total of NIS 1500 per consultation with a physician who is not in the arrangement, even if ultimately no surgery or replacement surgery treatment was performed for which the consultation was given.</p> <p>b. Surgeon's salary.</p> <p>c. Surgery in a private hospital or in a private surgery clinic, including all medical expenses required to perform the surgery and for the related hospitalization.</p> <p>d. Replacement surgery treatment – up to the limit of the cost of the replacement surgery in Israel. Without negating the eligibility for surgery if, after the replacement treatment, the Insured will require additional treatment.</p> <p>The payments in Sections b and c above will be made to service providers in the surgery arrangement only and the Insured will not be paid reimbursement for expenses incurred, even if he made payment to service providers in the arrangement.</p>
D	<p>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן</p> <p>Surgeries and replacement surgery treatments in Israel Supplementary SHABAN</p>	<p>הכיסוי הביטוחי מקנה שיפוי מלא (החזר עלות), לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה:</p> <p>א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.</p> <p>ב. שכר מנתח.</p> <p>ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו.</p> <p>ד. טיפול מחליף ניתוח – עד לתקרה עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יידקק המבוטח לטיפול נוסף.</p> <p>התשלומים בסעיפים ב' ו- ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אם אף שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור.</p> <p>שב"ן – ככלית מושלם/פלטינום, "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".</p> <p>Insurance coverage affords full indemnity (reimbursement of cost) once eligibility in SHABAN has been exhausted, for medical expenses related to the following circumstances:</p> <p>a. 3 consultations per insurance year for surgery or replacement surgery treatment and up to a total of NIS 1500 per consultation with a physician not in the arrangement, even if ultimately no surgery or replacement surgery treatment was performed for which the consultation was given.</p> <p>b. Surgeon's salary.</p> <p>c. Surgery in a private hospital or private surgery clinic, including all medical expenses required to perform the surgery and related hospitalization.</p> <p>e. Replacement surgery treatment - up to the limit of the cost of the replacement surgery in Israel. Without negating the eligibility for surgery if, after the replacement treatment, the Insured will require additional treatment.</p> <p>The payments in Sections b and c above will be made to service providers in the surgery arrangement only and the Insured will not be paid reimbursement for expenses incurred, even if he made payment to service providers in the arrangement.</p> <p>SHABAN – "Clalit Mushlam / Platinum", "Magen Zahav", "Maccabi Sheli", "Meuhedet Adif / See" and "Leumit Zahav".</p>

E	ניתוחים פרטיים בחו"ל Private Surgeries Abroad	<p>השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מראש של המבטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה – כיסוי מלא.</p> <p>ללא תאום עם חברת הביטוח – החזר עד גובה העלות של הניתוח אצל ספקי הסדר בחו"ל.</p> <p>שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת, עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>פרק זה כולל כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והוצאות העברה יבשתית.</p> <p>Participation in the funding of medical expenses for surgeries in a private hospital outside of Israel's borders. Subject to the Insurer's prior approval and to the contracting with the service providers and coordination of the surgery being done by the Company directly: Full coverage.</p> <p>Without coordination with the Insurance Company: reimbursement up to the amount of the cost of surgery with suppliers in the arrangement overseas.</p> <p>Surgeon's salary, hospitalization of up to 30 days, drugs during the course of surgery and hospitalization, operating room, pathology test, prosthetic, up to NIS 50,000 per insurance event.</p> <p>This chapter includes coverage for medical flight expenses, lodging expenses, coverage for expenses incurred in flying a body and land transport expenses.</p>
	שירותים רפואיים אמבולטוריים Ambulatory Medical Services	<p>שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז.</p> <p>בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,000 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת.</p> <p>בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 5,000 ₪ לבדיקה למבטח לשנת ביטוח ועד סה"כ 10,000 ₪ לכל הבדיקות, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.</p> <p>Various medical service which usually do not require hospitalization.</p> <p>Among other things, consultation with an expert physician: Up to NIS 1,000 or a consultation, with a deductible amount rate of 20% and up to 3 consultations per one year of insurance.</p> <p>Diagnostic medical tests: Up to NIS 5,000 per test per Insured per Insurance Year and up to a total of NIS 10,000 for all tests, subject to a deductible of 20%.</p>

***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. באפשרותך לפנות להראל או לסוכן הביטוח ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.**

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות 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.

*** The Tables present the main covers in the Policy and the main insurance amounts only. The full terms and conditions of coverage and the full insurance amount are described in detail in the Due Disclosure and in the booklet Terms and Conditions of the Policy. The binding terms and conditions are those specified in the Policy signed by the Parties. You may contact Harel or the Insurance Agent to obtain a specification of all the Insurance Amounts.**

For your knowledge, the Policy includes exclusions of the insurance coverage, exclusions regarding preexisting medical condition, qualification periods, waiting periods and deductibles. If you wish to receive detailed information on these substantial particulars and / or the Terms and Conditions of the Policy document with the Service Documents attached thereto, you may contact Harel and receive these in print, as part of the booklet Terms and Conditions of the Policy.

	מסלול "מהשקל הראשון" לניתוחים (לפי פרק ג') From the First Shekel Plan for surgeries (according to Chapter C)	מסלול משלים שב"ן לניתוחים (לפי פרק ד') SHABAN Mashlim plan for surgeries (according to Chapter D)	אופן התשלום Payment method
עובד Employee	72	70	במימון מעסיק Funded by the employer
בן/בת זוג/ ילד מעל גיל 25 Spouse/ Child over the age of 25 years	72	70	אמצעי גבייה אישי Personal collection method
ילד עד גיל 25 Child up to the age of 25 years	23	21	אמצעי גבייה אישי Personal collection method

מהילד השלישי ואילך – ללא תוספת פרמיה

From the third child on – no additional premium

* דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.8.2021.

* The Insurance Premium will be linked to the Consumer's Prices Index published on August 15, 2021.

הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח רפואי

Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums



The form is intended for women and men alike.
Please be sure to complete this form precisely and in full.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם

Collection dates: In payment with a Credit Card – according to the Insured's arrangement with the Credit Company. In payment by a Standing Order – according to the Company's customary collection dates.

מועדי הגביה: בתשלום בכרטיסי אשראי – בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע – בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

Please pay attention – If the Crediting Information that you have provided are different from the present Means of Payment in the Policy, the Means of Payment will be updated according to the new Crediting Information, for all of the covers and Insureds that are included in the Policy.

לתשומת לבך – במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

1. Privacy: Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") collect information for the purpose of enrollment in products, providing services, operation and management of product lifecycles, handling of claims, payments and processes, managing and improving the business and services that Harel provides, compliance with the law, customizing and offering products and services based on personal characteristics and for other legitimate purposes. Generally, you are under no legal obligation to provide information, however choosing not to provide information may make it impossible for us to assess a request and provide a service. The information will be transferred to the insurance agent (if there is one) so that the agent can deal with requests and regarding all aspects of the management and operation of products and services, as well as to service providers and other third parties who are authorized to receive the information, in connection with these purposes. Additional information about the privacy policy is available on the Harel website, including the methods of communication with the Data Protection Officer in Harel, information about the right of inspection and alteration as well as the right to opt out of direct mailing, can be found via the following link: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

1. פרטיות – הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

2. Please note that if the payment of the insurance premiums is not honored by the credit card company/bank, the collection fees charged by the company for the purpose of making a recurring charge, if any, will be collected from the payment method existing in the policy.

2. לידעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגביה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה

Payment with a Standing Order to the Bank

פרטי הוראה

Order particulars

כתובת הסניף סניף בנק לכבוד Attn., Bank Branch Branch address

מס' חשבון בנק Bank Account No.	סוג חשבון Account Type	מסלוקה קוד Clearing House Code	מוסד קוד Institution Code	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד) Reference / identification number of the Client in the Company (for internal use only)
		סניף Branch	בנק Bank	
			6 0 8	

<input type="checkbox"/> General, unrestricted authorization. Or - <input type="checkbox"/> Authorization restricted by at list one of the following restrictions: <input type="checkbox"/> Maximum limit of the billing amount: NIS _____ <input type="checkbox"/> The authorization expires on the following date: __ / __ / __	<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות או- <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪ <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____
--	--

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם "שלחו 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 הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו 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.
 - 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.
 - 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.
 - הרשאה 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.

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.

Please pay attention,

- Failure to mark at least one of the options hereinabove, means the selection of a general, unrestricted authorization.
- If the Payee will send over debits that do not comply with the restrictions set by the Client, these debits will be returned by the Bank, on all of the implications entailed.

1. I / We the undersigned : _____
Name (s) of the account holder (s) as shown in Bank Books. ID / Private Company No.

From (address): _____
Street No. City Postal zoning code

Hereby request to establish in our account aforementioned (hereinafter, the "Account") an Authorization to debit my / our account, in such amounts and dates as you may be requested the Payee through the Institution Code, subject to the restrictions indicated above (if and as indicated).

2. The following instructions shall also apply:
- We must receive from the Payee the information required to comply with the Request to Establish the Debit Authorization.
 - This Authorization may be revoked by written Notice from us to the Bank which shall take effect one business day after the Notice is given to the Bank, and may be revoked pursuant to provisions of any law.
 - We will be entitled to cancel a certain debit, provided that we notify the Bank in writing, no later than 3 business days after the date of such Debit. If the Cancellation Notice is given after the billing date, the credit will be made in the value as at the day the cancellation notice is given.
 - We may require the Bank, in written Notice, to cancel a Debit, if the Debit does not correspond to the date of expiry of the Authorization, or to the maximum amounts determined in the Authorization, if such amounts are determined.
 - The Bank is not responsible for any transaction between us and the Payee.
 - Authorization not used for a period of 24 months from the last billing date is void.
 - If you comply with our request, the Bank will act in accordance with the provisions of this Authorization, subject to the provisions of any law and agreement between us and the Bank.
 - The Bank may remove us from the arrangement specified in this Authorization, if it has probable cause, and will notify me / us immediately after its decision, stating the reason.
3. We agree that this Request will be submitted to the Bank by the Payee.

Authorization details

Dear Client, the amount of debit and the date thereof will be determined from time to time by the Harel Insurance Company Ltd., according to the amount of the Insurance Premiums, index linkage and interest and / or according to the debt balances as determined in the Policy (s) and the Additions thereof.

Date: _____ Signatures of the Account Owners: _____

B

הוראות בעל כרטיס האשראי

Credit card holder instructions

..... אחר <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/>			
Credit card type: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Isracard <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> National Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Other: _____			
שם בעל הכרטיס Name of credit card holder		מס' ת.ז. ID No.	
רחוב Street	מס' No.	ישוב City	מיקוד Postal zoning code
טלפון Telephone	טלפון בית Home telephone	טלפון עבודה Work telephone	טלפון נייד Mobile telephone
מס' הכרטיס Credit card No.		תוקף הכרטיס redit card expiry date	

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, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

Please Note that the means of payment will be used to pay the Insurance Premiums for all of the Insureds in all of the Policies. The debit amounts and dates will be determined by the Company's under terms and conditions of payment of the Insurance Policy (s) and the changes that will apply to those terms and conditions from time to time.

To the extent that a refund of Insurance Premiums is made, the refund will be made through this means of payment, unless the Company decides to make the refund through another means of payment.

If the Insurance Policy (s) is / are renewed, the means of payment will be charged for the charges arising from the Policy (s) that is / are renewed. This Authorization will also be applicable also for the billing of a credit card issued with another number, as a replacement of the card the number of which is indicated on this Form.

תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____
Date _____ Card holder's signature _____

C

With addition of Insureds to the existing policy

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.

For payment of the premium through **methods for monthly payment** for all Insureds in the policy (including those who are joining in this offer), complete the details of the new methods of payment above (Section A or B).

For payment of the premium through the existing methods of payment in the policy, sign below:

Please pay the premium for the addition of the additional Insureds under this proposal through the same methods of payment in which the policy is currently being paid.

Signing this section is for the payer of the policy only.

ת.ז. המשלם	שם המשלם	תאריך	חתימת המשלם
Payer's ID	Payer's Name:	Date	Payer's Signature

D.

הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי
Declaration of a payer who is not the primary insured

שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב ומס'	יישוב	טלפון נייד
Payer's Name who is not the primary insured:	Street and number	City:	Mobile telephone

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? ☐ הורה parent ☐ ילד Child ☐ אחר other
 ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי וכי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.
 לראיה באתי על החתום

I am aware that the payment of the insurance premiums will be made for the insured persons in the policy and that any refund of the insurance premiums will be made through the payment method with which the policy was paid, unless for any technical reason and/or other consideration of the Company, it is decided that the insurance premiums will be returned to the main insured and that any other payment that the Company must pay under the policy will be made at the order of the insured only, subject to the provisions of the law. In evidence, I have brought the undersigned

ת.ז. המשלם	שם המשלם	תאריך	חתימת המשלם
Payer's ID	Payer's Name:	Date	Payer's Signature