

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי וגמלאי תעש מערכות בע"מ, עשות אשקלון ובני משפחותיהם ובני משפחותיהם

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

לידיעתך:

עובד:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ברובד הבסיס, ימומנו על-ידי המעסיק, לרבות שווי מס דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך, ברובד הבסיס, ברובד ההרחבה ינוכו משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ברובד ההרחבה, ישולמו באמצעי גבייה אישי.

בחירת כיסויי רשות: כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד. במידה ולא נבחרו כיסויי ההרחבה, יתר תנאי הפוליסה לא יפגעו.

שם: _____ ת.ז.: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

תאריך תחילת העבודה: _____

התכנית המבוקשת (נא לסמן במקום הרלוונטי):

בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)

האם הנך מעוניין/ת לרכוש עבור בני משפחתך את רובד הבסיס, עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור בני משפחתך ולרכוש את רובד ההרחבה למחלקות קשות (במנות פיצוי של 10,000 ₪), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן
מספר מנות: _____ (עד כ- 10 מנות)
(תשלום על רובד ההרחבה יבוצע באמצעות טופס אמצעי גבייה אישי, המצ"ב לטופס זה)

עובד/ת

דמי הביטוח החודשיים עבורך ברובד הבסיס, ימומנו על-ידי המעסיק, לרבות שווי מס
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה למחלקות קשות (במנות פיצוי של 10,000 ₪ למנה), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן
מספר מנות: _____ (עד כ- 10 מנות)
(תשלום על רובד ההרחבה יבוצע באמצעות טופס אמצעי גבייה אישי, המצ"ב לטופס זה)

פרטי המועמדים לביטוח

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

מין (ז/ג)	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות (כולל ס"ב)	עובד/ת
					בן/בת זוג
					ילד עד גיל 30
					1
					2
					3
					4
מיקוד		יישוב	מספר בית	רחוב	כתובת
טלפון נייד		טלפון בעבודה		טלפון בבית	
שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:		סניף	שם קופת החולים	חבר/ה קופת חולים	פרטים נוספים
שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:		סניף	שם קופת החולים	בן/בת זוג וילדים	
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים				כתובת דואר אלקטרוני- מבוסס ראשי	
@					
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים				כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)	
@					

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

עמוד 1 מתוך 5

לידיעתך:

1. 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.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין תעש מערכות בע"מ ועשות אשקלון ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי הריגים כאמור בו.
5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ולא הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתערורי הבסיסי של המוצר (לפני הנהה ככל שקיימת).
7. 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 *

8. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב"ן:

- 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/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
- ד. בעת סיום חברותיך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ים 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.

הצהרת המועמדים לביטוח

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.
א. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
ב. בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס.
האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן לא

2. הליך הצטרפות:

ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

יותר על סודיות רפואית

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

חתימת המועמדים לביטוח

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

תקופת הביטוח

3 שנים, החל מיום 1.8.2014 ועד ליום 31.7.2017.
הכיסוי הסיעודי בתוקף עד ליום 31.12.2016 בהתאם להנחיות הפיקוח על הביטוח.

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

רובד בסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1א	השתלות	מסלול 1 - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ש"ח להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13. מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות: סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1. סכום הביטוח הינו 252,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,500 ש"ח לתקופה של 24 חודשים.
2א	טיפולים מיוחדים בחו"ל	החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 792,000 ש"ח. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.
3א	ניתוחים בחו"ל	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.
ב	תרופות מחוץ לסל	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. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 2,000,000 ש"ח לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. תרופות יתום עד 400,000 ש"ח.
ג'	ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים בארץ	משלים לשב"ן כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ובשל הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח-לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. שב"ן - "כללית מושלם/פולטינום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב". פרק זה כולל כיסוי מלא להתייעצות לפני ואחרי ניתוח. כמו כן, וחוד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח (עד תקרה של 1,200 ש"ח) ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.
ד'	ביטוח לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בניתוחם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח אשר מטרתם בין היתר, אך לא רק, אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. בדיקות אבחנתיות: החברה המבטחת תשלם למבוטח 85% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,500 ש"ח לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של כ- 15,000 ש"ח.
ה'	טיפולים מחלפי ניתוח	טיפול רפואי שאיננו ניתוח, המבוצע כתחליף לניתוח רפואי. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 220,000 ש"ח. הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.
ו'	חוות דעת נוספת מחו"ל	מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי. השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא/רופאים מחו"ל יהא 6,480 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20%.
ז'	שירות רפואי עד הבית ו/או המשרד ושירותי מרפאה	שירותי הזמנת רופא, השירות יינתן 24 שעות ביממה.
ח'	ביטוח סיעודי	תשלום גמלת סיעוד של 9,100 ש"ח לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה, לתקופה שלא תעלה על 96 חודשים. בנוסף, לאחר 60 חודשים תשלום גמלה חודשית נוספת בסך 2,700 ש"ח לתקופה שלא תעלה על 96 חודשים. תשלום גמלת הסיעוד בגין מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מ- 3 מתוך 6 הפעולות המפורטות בפוליסה ו/או מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" כהגדרתה בפוליסה, שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום.
ט'	רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 230 ש"ח לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח (סכום השיפוי המרבי לא יעל על 3,250 ש"ח לכל שנת ביטוח).
י'	נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה	פיצוי יומי - סכום התגמול הביטוחי לפיצוי יומי של 75 ש"ח לתשלום במקרה של נכות תעסוקתית, בהתאם לנכות מוחלטת או חלקית ותנאי הפוליסה.
יא'	נספח עזרה	זכות שימוש בהסכמי החברה, טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי, הסכם מימון והחזר הוצאות.

הרחבה וולונטרית

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
יב'	פיצוי בגין מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. סכום הביטוח לכל אחת מהקבוצות הינו במנות של 10,000 ש"ח עפ"י סכום הביטוח שנרכש ע"י המבוטח.

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

לידיעתך, הפוליסה כוללת 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.

עמוד 3 מתוך 5

עובדים

סוג מבוטח	פרמיה חודשית כוללת עבור בריאות וסיעוד	פרמיה לכיסוי הסיעודי בלבד מתוך הפרמיה החודשית
עובד/ת	145.97 ₪ (על חשבון המעסיק)	93.70 ₪ (על חשבון המעסיק)
בן זוג של עובד/ת כולל ילדיהם הרווקים של עובד/ת עד גיל 30	145.38 ₪	93.70 ₪
פורש/ת המשלם/ת 120% מדמי הביטוח, עפ"י הקבוע בסעיף 9 (ב) להסכם	165.76 ₪	103.04 ₪
בן/ת זוג של פורש/ת המשלמים 120% מדמי הביטוח, על פי הקבוע בסעיף 9 (ב) להסכם	165.76 ₪	103.04 ₪
פורש/ת המשלם/ת 140% מדמי הביטוח, עפ"י הקבוע בסעיף 9 (ב) להסכם	185.6 ₪	112.38 ₪
בן/ת זוג של פורש/ת המשלמים/ות 140% מדמי הביטוח, על פי הקבוע בסעיף 9 (ב) להסכם	185.56 ₪	112.38 ₪
ילד נשוי / ילד מעל גיל 30 של עובד/ת או פורש/ת	131.35 ₪	89.03 ₪
בן/ת זוג של ילד נשוי של עובד/ת או פורש/ת כולל ילדיהם	131.35 ₪	89.03 ₪
ילד של עובד / פורש שהינו הורה יחיד	10.01 ₪	0.00
נכד/ה של עובד/פורש	10.01 ₪	0.00

גמלאים

סוג מבוטח	פרמיה חודשית כוללת עבור בריאות וסיעוד	פרמיה לכיסוי הסיעודי בלבד מתוך הפרמיה החודשית
גמלאי ותיק	289.72 ₪	140.40 ₪
בן/בת זוג של גמלאי ותיק וכל הילדים הרווקים עד גיל 30	238.01 ₪	140.40 ₪
ילד נשוי / ילד מעל גיל 30 של גמלאי ותיק	131.35 ₪	89.03 ₪
בן/ת זוג של ילד נשוי של גמלאי ותיק כולל ילדיהם של בן/בת הזוג	131.35 ₪	89.03 ₪

הרחבה וולנטרית

קבוצת גיל	דמי ביטוח חודשיים בש"ח
0-30	1.29 ₪
31-40	3.32 ₪
41-50	9.58 ₪
+51	25.00 ₪

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.9.2016.

א הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: ת.ז.:

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

לגביה מפוליסה קיימת, מס' פוליסה:

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)
		בנק	סניף		
				6 0 8	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש.ל.
 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/הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.ז.הות / ח.פ.

מכתובת:

רחוב **מס'** **עיר** **מיקוד**

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף להגבלות 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 ע"י הוראת כל דין.
- ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. הבנק רשאי 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.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ג הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינרס לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר:

שם בעל הכרטיס מס' ת.ז.

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד

טלפון	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 מכם הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

אני הח"מ, נתן 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 כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לראל 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 לראל 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 תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: חתימת בעל הפוליסה: