

לידיעתך:

1. התשובות המפורטות בהצהרת הביטוח וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/ביניכם 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 קרנות הסוהרים ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסת ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות לביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסת ולמטרות ליטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף 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 פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 2735 *

לידיעתך, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים בישראל במסגרת פוליסת פרט בחברה.

הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- א. אני/אנו מצהירים/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, כוללת 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 וקבלת 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).

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 ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש 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 מתייבב, את עצובי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

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

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

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 לביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הבלויים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות ליטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

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

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוב אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיביים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים לביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

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

עיקרי הכיסויים בפוליסה (*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל	<p>השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם: עבור השתלת איבר - עד תקרת שיפוי בגובה 4,500,000 ₪. עבור השתלת איבר מבעל חיים - עד תקרת שיפוי בגובה 2,500,000 ₪. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,000 ₪ לתקופה של 24 חודשים.</p> <p>טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,125,000 ש"ח.</p>
ה'	טיפול תרופתי	<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. עד 1,500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p>
ו'	הוצאות רפואיות מיוחדות	<p>שיפוי בגין ההוצאות הרפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. עד תקרת שיפוי בגובה 18,000 ₪ בעת גילוי מחלה קשה.</p>
ז'	ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון)	<p>כיסוי מלא להוצאות רפואיות הקשורות בניתוחים בישראל.</p> <p>ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד סך של 800 ₪ להתייעצות.</p>
ח'	שירותים רפואיים נוספים	<p><u>שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז.</u> <u>בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה (לא במקרה של צורך בביצוע ניתוח):</u> עד 640 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. <u>בדיקות רפואיות אבחנתיות:</u> עד 4,000 ₪ לבדיקות אבחנתיות בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20% מהעלות או 150 ₪ לגל בדיקה, לפי הגבוה מבניהם.</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.

דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ *

סוג מבוטח	פרקים ד' - ח'
מבוגר	127.66 ₪
ילד/ נכד* עד גיל 21 (ילד ורביעי ואילך - ללא פרמיה)	30.26 ₪

* דמי הביטוח לילדים ישתנו בהתאם לגילם עפ"י הטבלה מעלה.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2016.
מדי 12 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

הצהרת בריאות- לכיסויי בריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד)

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, שמספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון כוכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת.
על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דמות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.

עובד/ת	בן/בת זוג		ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד 4 שם:	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
חלק א':										
1	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג) האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה ○ ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? ○ דיאטה ○ אחרת									
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, 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)									
3	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת תרופה זו?									
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרטי/י									
5	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]									
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:										
1	מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: ○ מערכת העצבים* ○ אירוע מוחי* ○ אפילפסיה [22] ○ טרשת נפוצה* ○ הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*									
3	מערכת לב וכלי דם: ○ לב [4] ○ כלי דם [7] ○ מחלת דם*									
4	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: ○ לחץ דם [5] ○ שומנים בדם [6] ○ סוכרת [12]									
5	מערכת הנשימה: ○ ריאות ודרכי הנשימה [3] ○ אסטמה [3]									
6	מערכת העיכול: ○ קיבה [9] ○ מעיים [9] ○ ושת [9] ○ כבד [10]									
7	מערכת השתן: ○ כליות [13] ○ דרכי השתן [13]									
8	אורתופדיה ומערכת השלד: ○ גב ועמוד השדרה [21] ○ ברכיים ○ מפרקים [18][19] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ שברים [18]									
9	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]									
10	עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)									
11	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*									
12	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]									
13	לנשים (מגיל 14 בלבד): ○ שדיים [15] ○ מערכת גניקולוגית [15] ○ בעיות פרויון ○ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי?									

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

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

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)
			בנק	סניף		6	0	8	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ₪. _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____
 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 למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול 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, היזכוי 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 התלנתו 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 ותוספותיהן.
 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 בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	

מס' הכרטיס _____ תוקף הכרטיס _____
 ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטחים 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 למנופיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנופיקה. 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, כתלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח תחודשנה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.
 תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____