

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה)..... שם הסוכנות.....
מס' הטלפון של הסוכן..... מספר הטלפון הנייד של הסוכן.....
מס' סוכן..... שם המפקח.....
מס' פוליסה/הצעה:.....

פרטי המועמד לביטוח/מבוטח					א
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין	
				☐ ז ☐ נ	
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?		
☐ נשוי ☐ רווק ☐ גרוש ☐ אלמן			☐ לא ☐ כן		
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנו פרט את המדינות:.....					
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:.....					
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? ☐ לא ☐ כן (ככל שהתשובה חיובית אנו מלא שאלון טיס*)					
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? ☐ כן ☐ לא					
ככל שהתשובה חיובית, אנו מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il					
כתובת דואר אלקטרוני:.....					

הצהרת ויתור על סודיות רפואית			ב
מועמד לביטוח	לא	כן	
אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא"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 קבלת ביטוח המבוקש למסור להרצל חברה לביטוח בע"מ ולהרצל פנסיה (להלן "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". לא תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.			

שליחת דבר פרסומת		ג
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: unsubscribe1@harel-ins.co.il; https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB; במספר *2735; קוד QR: 		
ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים: ☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הרצל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. *קבוצת הרצל - הרצל 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.		

הנחיות לפני מילוי הצהרת הבריאות:

- יש לענות על השאלות בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לסמן את המידע המבוקש גם בגוף השאלה. בכל מקרה של סימון תשובה חיובית (כן) יש לצרף שאלון מתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. במידה ויש סימון * (כוכבית) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
- לידיעתך, בין אם התשובה לשאלה בנושא איידס ו/או נשאות HIV תהיה חיובית ובין אם תהיה שלילית, יתכן ותידרש/י לעבור את הבדיקה הרפואית הנדרשת בנושא.
- אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז./דרכון	תאריך לידה	מין ☐ ז ☐ נ	קופת חולים
שם רופא מטפל		משקל בק"ג		גובה בס"מ	

האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? ☐ עליה ☐ ירידה של ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: ☐ דיאטה ☐ אחר, פרט.....

שאלון עישון:

אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:

☐ מעולם לא עישנתי

☐ עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים, כמות של ליום, משך שנים

☐ הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום במשך שנים

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ מערכת העצבים ☐ המוח ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת ☐ אירוע מוחי ☐ פוליו ☐ הפרעות קשב וריכוז ☐ האם פנית לרופא להתייעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון ☐ אפילפסיה			שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) ליתר - פירוט ומסמכים רפואיים
2.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: ☐ לב ☐ כלי דם ☐ מערכת כלי דם היקפית (פריריאלית) ☐ הפרעת קצב ☐ בעיה במסתמי הלב ☐ מומי לב			שאלון לב, שאלון כלי דם
3.	☐ מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון נפש
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: ☐ מחלות דם ☐ בעיות קרישה ☐ אנמיה ☐ לוקמיה ☐ פוליציטמיה			שאלון מחלות דם
5.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות : ☐ יתר לחץ דם ☐ סכרת (לרבות סכרת הריון) ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול ☐ תסמונת מטבולית			שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ בלוטות ☐ בלוטת המגן (התריס) ☐ בלוטת יתרת המוח ☐ אדרנל ☐ בלב			שאלון בלוטת המגן. בלוטת יתרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
7.	☐ גידול שפיר ☐ גידול ממאיר ☐ מחלה ממארת (סרטן)			דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+ דוח מעקב אחרון
8.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ מערכת העיכול ☐ המעינים ☐ כיס המרה ודרכי מרה ☐ הטחול ☐ פי הטבעת ☐ ושת ☐ קיבה ☐ כבד ☐ שחמת כבד ☐ מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה ☐ הפרעות בתפקוד כבד ☐ כבד שומני			שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
9.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ כליות ☐ דרכי שתן ☐ אבנים בכליות או בדרכי השתן ☐ מום כליתי מולד ☐ אי ספיקת כליות ☐ הפרעה בתפקודי כליה ☐ חלבון בשתן ☐ דם בשתן			שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
10.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה ☐ אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
11.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ ריאומטולוגיה ☐ רקמות חיבור ☐ דלקות פרקים ☐ לופוס (זאבת) ☐ גאוס ☐ פיברומיאלגיה / כאב כרוני ☐ קדחת ים תיכונית (FMF) ☐ דלקת פרקים פסוריאטית ☐ דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
12.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ עור ☐ מין ☐ פסוריאזיס, אם כן - האם יש פגיעה במפרקים: ☐ כן ☐ לא ☐ לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס)			שאלון מחלות עור
13.	☐ מחלות זיהומיות ☐ איידס ☐ נשאות לאיידס			מסמכים רפואיים
14.	לנשים: א. ☐ בעיות גניקולוגיות ☐ בעיות שדיים ב. ☐ טיפולי פוריות ☐ הפלות חוזרות ☐ שחלות פוליציסטיות ג. האם את בהריון כעת? ☐ כן ☐ לא, באיזה שבוע , האם ההריון ספונטני: ☐ כן ☐ לא, האם ההריון תקין: ☐ כן ☐ לא			שאלון נשים
15.	לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: ☐ אשכים ☐ ערמונית			ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאת PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום)

פרק א'2 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	☐ מחלות עיניים ☐ הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)			שאלון עיניים
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: ☐ אף ☐ אוזן ☐ גרון ☐ בעיית שמיעה			שאלון אף/אוזן/גרון
3.	היעדרות מעבודה: האם נעדרת מעבודה עקב מחלה או תאונה או היית בחופשת מחלה יותר מעשרה ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות? אם כן, אנא פרט - מתי ומאיזו סיבה?			שאלון מתאים בהתאם לבעיה בגינה נעדרת מהעבודה
4.	☐ בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות ☐ כאבי גב ☐ בעיה בעמוד שדרה ☐ מפרקים ועצמות ☐ בלט דיסק ☐ פריצת דיסק ☐ בעיות או קרעים ברצועות ☐ בעיות או קרעים במיניסקוס ☐ CTS ☐ אוסטיאומיאליטיס כרוני			שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות, שאלון ברכיים
5.	☐ ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)			שאלון אוסטיאופורוזיס

[illegible]

1

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריות ישמשו תנאי יסוד לוחזר הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדין.
3. 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.
4. **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>.
5. ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
6. 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 על מנת שבבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.
7. **למעשנים בלבד:** לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
3. א. אני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, כשלוחי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
ג. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל, בכל עת, בטלפון *הראל (2735*).

חתימה: