

שם הסוכן: **גפן בס"ד - אבירים** מספר הסוכן: 16096 התאריך המבוקש להתחלת הביטוח:
לתשומת ליבך: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

א פרטי המועמדים לביטוח

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח ודיווח שנתי, ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן:
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"הראל", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת (www.harel-group.co.il).

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין ☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות? * ☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	כתובת זהה למבטח ראשי	כתובת זהה למבטח ראשי
רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר
יישוב	יישוב	יישוב
ילד 2	ילד 3	ילד 4
מספר זהות		
שם משפחה		
שם פרטי		
מין ☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה	☐ זכר ☐ נקבה
תאריך לידה		
עיסוק		
קופת חולים		
שב"ן		
מעשן/עישנת בשנתיים האחרונות? * ☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
טלפון בבית		
טלפון נייד*		
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
כתובת מגורים*	כתובת זהה למבטח ראשי	כתובת זהה למבטח ראשי
רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר
יישוב	יישוב	יישוב

*חובה מגיל 18



dt2355^

תוכנית הבריאות	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כיסויי בסיס						
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל						
תרופות מיוחדות						
ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון						
UPGRADE EXTRA - ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪ (צמוד מדד)						
	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
מענקית זהב (ביטוח למחלות קשות)						
מענקית לסרטן (פיצוי למחלת הסרטן)						
ביטוח אפגרייד לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן						
נספחים						
תרופות פרימיום - הרחבה לביטוח תרופות מיוחדות (רכישת כיסוי זה מותנית ברכישת כיסוי בסיס - תרופות מיוחדות)						
ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל						
ביטוח לשירותים רפואים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות						
טיפולים להתפתחות הילד - הרחבה לביטוח אמבולטורי						
טיפולים פרימיום - טיפולים רפואיים מתקדמים						
כתבי שירות						
אבחון רפואי מהיר						
רופא מלווה אישי						
רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.						
רפואה משלימה						
הראל אמצע החיים למשפחה*	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש
ארד	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
כסף	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
זהב	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
פלטינום	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
הרחבה להראל אמצע החיים למשפחה ותאונות אישיות	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח
	☐ 14 ☐ 30	☐ 14 ☐ 30	☐ 14 ☐ 30	☐ 14 ☐ 30	☐ 14 ☐ 30	☐ 14 ☐ 30
פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 133 ₪ ביום - למבוטחים מעל גיל 21). יומי המתנה:						
בכיסוי לנכות תעסוקתית, במקרה והנך עקר/ת בית - בחינת הזכאות בקרת מקרה ביטוח הינה אי יכולת לבצע עבודה כלשהי.						
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (למבוטחים מעל גיל 21)						
לאמצע החיים למשפחה	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק
	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק
לנכות תעסוקתית	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק	עד (כולל) ☐ 250 סמ"ק
	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק	☐ יותר מ-250 סמ"ק
נספח לביטול החרגת ספורט אתגרי						
לאמצע החיים למשפחה						
לנכות תעסוקתית (למבוטחים מעל גיל 21)						
נספח ביטול החרגת השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה של המשטרה						
לאמצע החיים למשפחה						

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
סכום פיצוי יומי: ₪.....	סכום פיצוי יומי: ₪.....	סכום פיצוי יומי: ₪.....	סכום פיצוי יומי: ₪.....	סכום פיצוי יומי: ₪.....	סכום פיצוי יומי: ₪.....
3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐	3 ☐ 1 ☐

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

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

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

ד מידע למועמד לביטוח

1. לידיעתך, תוספת רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת). 2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס. 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. 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. 5. בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט: לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ביכולתך/ם לפנות להראל, בכל עת, בכתובת www.harel-group.co.il. 6. במידה והנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריך מתאים/מעשן: שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים. 7. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון בכתובת www.mof.gov.il. 8. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת. 9. דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו 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, (לדוגמה: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).
--

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה.
 בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4].
 במידה ויש סימון *לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
 לידיעתך, חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות אינן נדרשות לצורך הצטרפות לפוליסה, אך הן יאפשרו לבחון את התאמתך למוצרים נוספים בקרוב. באפשרותך לבקש מסוכן הביטוח שאלון ייעודי הכולל שאלות הנדרשות לצורך ההצטרפות לפוליסה זו בלבד.

מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה נדרש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

שם ראשי	שם זוג	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
לא	כן	לא	כן	לא	כן
חלק א'					
1. גובה בס"מ					
משקל בק"ג					
האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? ☐ עלייה ☐ ירידה של ק"ג.					
הסיבה: ☐ דיאטה ☐ ניתוח להפחתת משקל ☐ סיבה אחרת					
2. האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמות הסיגריות ביום [26]					
3. האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? ☐ האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? ☐					
4. האם בשנתיים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (שלא כחלק מבדיקות שגרה) וטרם ביצעת אותה או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית בעקבותיה: ממוגרפיה, מיופי עצמות, צנתור, מיופי לב, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? ☐ (אם הברור הסתיים ונקבעה אבחנה, יש להתייחס לכך בשאלה המתאימה בהמשך).					
חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:					
1. מערכת העצבים * ☐ אירוע מוחי * ☐ אפילפסיה [22] ☐ טרשת נפוצה * ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * ☐ פרקינסון * ☐ רעד * ☐ פיגור שכלי * ☐ אוטיזם * ☐ תסמונת דאון * ☐ שיתוק מוחין * ☐ פוליו * ☐ גושה * ☐ הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות? ☐					
2. מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]					
3. עיניים וראייה [1] ☐ (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)					
4. מערכת: ☐ אף ☐ אוזן ☐ גרון [2]					
5. לב [4] ☐ כלי דם [7] ☐ מחלת דם *					
6. האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: ☐ יתר לחץ דם [5] ☐ סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול [6]					
7. בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]					
8. ריאות ודרכי הנשימה [3] ☐ סיסטיק פיברוזיס *					
9. קיבה [9] ☐ מעיים [9] ☐ ושת [9] ☐ כיס המרה [9] ☐ כבד [10] ☐ צהבת [10] ☐ טחורים - האם עברת ניתוח: ☐ לא ☐ כן, בתאריך האם הבעיה נפתרה: ☐ לא ☐ כן ☐ פיסורה - האם עברת ניתוח: ☐ לא ☐ כן, בתאריך האם הבעיה נפתרה: ☐ לא ☐ כן					
10. בקע (הרניה): ☐ בסרעפת ☐ בטבור ☐ במפשעה הימנית ☐ במפשעה השמאלית ☐ האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? ☐ לא ☐ כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? ☐ לא ☐ כן					
11. מחלות של מערכת החיסון: ☐ איידס ו/או נשאות HIV * ☐ זאבת (לופוס) *					
12. כליות [13] ☐ דרכי השתן [13]					
13. גאוט ☐ פיברומיאלגיה * [8] FFM					
14. גב ועמוד השדרה [21] ☐ ברכיים [20] ☐ שברים [18] ☐ ירידה בצפיפות העצם [17] ☐ הלוקס ולגוס ☐ מפרקים [18] [19] ☐ CTS - באיזה צד? ☐ ימין ☐ שמאל					
15. גידולי עור [16] ☐ נגעי עור או שינויים בנגעי עור / "נקודות חן"? [16] ☐ מחלות עור * ☐ פסוריאזיס, האם קיימת פגיעה במפרקים? ☐ לא ☐ כן					
16. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) *					
17. גידולים שפירים *					
18. לגברים (מגיל 18 בלבד): ☐ בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14] ☐ בעיות פריין					
19. לנשים (מגיל 14 בלבד): ☐ שדיים (לרבות הגדלת חזה) [15] ☐ מערכת גניקולוגית [15] ☐ בעיות פריין ☐ האם הנך בהריון? מה היה משקלך לפני ההריון? האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי?					
20. לילדים (עד גיל 18): ☐ הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי * ☐ הפרעת גדילה * ☐ מומים מולדים * ☐ נולדה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים. ☐ הפרעה או בעיה רגשית * ☐ חך/שפה שסועה - האם נותחת? ☐ לא ☐ כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן ☐ אשר טמיר - האם נותחת? ☐ לא ☐ כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן					
חלק ג':					
1. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? ☐ כן ☐ לא *					
2. האם קיימת לך בעיה רפואית או מחלה שלא נשאלת עליה קודם בעקבותיה אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? [23]					
3. האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? ☐ כן ☐ לא [23] ☐					
חלק ד': לביטוח תאונות אישיות (לרבות אמצע החיים למשפחה) יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:					
האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת /הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?					
חלק ה': לביטוח מחלות קשות יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:					
האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב קרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אח/אחות) אחת או יותר מהמחלות הבאות: ☐ מחלת לב ☐ שבץ מוחי ☐ סרטן שד ☐ סרטן מעי ☐ סרטן שחלות ☐ סוכרת ☐ כליות פוליציסטיות ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים ☐ אלצהיימר ☐ מחלת פרקינסון? [27]					
חלק ו': ברכישת כיסוי לניתוחים ומחילי ניתוח בישראל:					
האם הנך עוסק/ת בעסק/ת במספר מקצועי אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט:					



אני מסכימה/מסכים מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עובדי ו/או עובד ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

- תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של %....., עקב בעיית: □ לחץ דם □ כולסטרול □ שומנים בדם □ סוכרת □ ירידה בצפיפות העצם □ לב וכלי הדם הכליליים □ סיבות אחרות:.....
- לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב: □ ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי □ הריון ולידה נוכחים □ הבקע המוצהר בשאלה 10 □ טחורים □ פיסורה □ כולסטרול בכיסוי לתרופות □ שומנים בדם בכיסוי לתרופות □ סוכרת □ ירידה בצפיפות העצם בכיסוי לתרופות □ אחר:.....

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
			
			
			
			
			
			

הצהרת המועמדים לביטוח

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

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

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

(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/ו מסמיק/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
- בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade (כיסוי ניתוחים בארץ משלים 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/פליטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.

(ב) הכיסוי בגין ניתוחים מהווה ביטוח משלים, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

(ג) דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade, נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).

(ד) בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם 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.

סעיפים חובה למענה	לא	כן
4. למבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ: האם הוצע לכם כיסוי הניתוחים הבאים והעלויות שלהם: כיסוי מהשקל הראשון, כסוי אפגרייד משלים שב"ן וכיסוי אפגרייד אקסטר (הכולל השתתפות עצמית בגובה 3000 ₪ צמוד מדד)?		
5. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או תוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?		

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

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת	לא	כן
6. (א) אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) יישמש 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 לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.		
(ב) הרינו להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, תטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		

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

7.	השוואה / ביטול	כן	לא
	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה (להלן - "פוליסה קיימת")? הכיסויים הקיימים בפוליסה הקיימת:	☒	
במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.			
☒	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות או תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.		
☐	אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי* ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות או תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקש/ים להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך/ם וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני/ו מאשר/ים את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.		
☐	אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת האם ברצונך/כם כי בקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת שברצונך/כם לבטל: ☐ על ידך/ם ☐ ע"י סוכן הביטוח ☐ ע"י חברת הביטוח הראל - יש לצרף לטופס ההצעה טופס בקשת ביטול. שם חברת הביטוח המבטחת:		
במקרים בהם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו לו/להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיקלוכל לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות, תאונות או מגן) נדרש לבצע השוואה רק אם בכוונת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת. *לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.			
8. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח. ☒ אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. מבלי להמתין להשלמתם של ההליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).			
9. ויתור סודיות רפואית: אני/ו החתומים/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 לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידכם 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 בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה 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 הקטנים.			
	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות
			חתימה
מבוטח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
עד לחתימה (סוכן הביטוח):			
תאריך:	שם:	אבירם יקיר	ת"ז: 023072630 מס' רישיון: 023072630
חתימה:	חותמת:		

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

☐ בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברתכם.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
מבוטח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			
ילד מעל גיל 18			

ט הצהרות הסוכן (סעיפי חובה לחתימת הסוכן)

1. 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 צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ אבירם יקיר _____ חתימת הסוכן: 

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 for women and men alike

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

א 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)	
				סניף		בנק			
								6 0 8	
☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או ☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: ☐ תקרת סכום החיוב - ש"ח. _____ ☐ 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' תזהות / ח.פ. _____									
מכתובת: _____									
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 עפ"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: _____									

ב הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראכרט ☐ 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 _____ - _____ - _____ - _____ - _____									
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.									
תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____									

ג הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: _____		ת.ז.: _____	
☐ לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל ☐ לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____		חתימת המשלם: _____	
תאריך: _____			

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".

