

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

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה)..... שם הסוכנות.....
מספר הטלפון של הסוכן..... מספר הטלפון הנייד.....
שם המפקח.....

למילוי במחלקה:

מספר פוליסה/הצעה	מספר מעביד	מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה	מספר פוליסה/הצעה	

אני/אנו החתום/ים מטה (המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח על-פי הפוליסה פונים אליכם בהצעה לביטוח חיים/בריאות כמפורט להלן. טופס זה ישמש הצעה לביטוח חיים/בריאות - פרט.

א פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה

שם	מס' ת.ז.	חותרת תאריך קבלת ההצעה
ארץ לידה	אזרחות/תושבות ישראלית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
רחוב	מס' יישוב	מיקוד
מס' טלפון	מס' פקס	E-Mail

ב פרטי מועמד ראשי לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה באנגלית	מס' זהות (לפי התעודה)
רחוב	מס'	יישוב	מס' פקס
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	E-Mail	
ארץ לידה	שם קופ"ח	אזרחות/תושבות ישראלית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אזרחות/תושבות אמריקאית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
תאריך לידה (לפי התעודה)	מין	מצב אישי	ילדים +
	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	
האם אתה מעשן או עישנת ב-3 השנים האחרונות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פרט תחביבים מסוכנים (כגון צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו')	
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש לך מגע עם חומר נפץ או שאתה עוסק בעיסוק מסוכן אחר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט:

ג פרטי בן/בת הזוג לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה באנגלית	מס' זהות (לפי התעודה)
רחוב	מס'	יישוב	מס' פקס
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	E-Mail	
ארץ לידה	שם קופ"ח	אזרחות/תושבות ישראלית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אזרחות/תושבות אמריקאית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
תאריך לידה (לפי התעודה)	מין	מצב אישי	ילדים +
	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	
האם בן/בת הזוג מעשנת או עישנה ב-3 השנים האחרונות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פרט תחביבים מסוכנים (כגון צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו')	
האם בן/בת הזוג בעלת רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש לבן/לבת הזוג מגע עם חומר נפץ או שעוסק בעיסוק מסוכן אחר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט:

ד פרטי הילדים

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

ה המוטבים* (לביטוח הכנסה למשפחה יש לציין המוטבים בסעיף ז'4)

שם משפחה ופרטי	מס' זהות	% מסכום הביטוח	% מההכנסה החודשית

*בהעדר מינוי מוטבים, אני מורה לשלם את הסכומים בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

י תאריך תחילת הביטוח

תאריך תחילת הביטוח / /

ז התכנית המבוקשת

שם התוכנית	דמי ניהול מהפקדה שוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ההפקדה
כללי	מ-8% יורד ל-0%	1%	<input type="checkbox"/> שוטפת ש"ח <input type="checkbox"/> חד פעמית ש"ח
	0%	2%	<input type="checkbox"/> שוטפת ש"ח <input type="checkbox"/> חד פעמית ש"ח

1.ז

שם המסלול	אחוז הפקדה	שם המסלול - המשך	אחוז הפקדה
<input type="checkbox"/> כללי 1%	<input type="checkbox"/> מדד%
<input type="checkbox"/> כללי ללא מניות%	<input type="checkbox"/> מט"ח%
<input type="checkbox"/> כללי 2 (עד 20% מניות)%	<input type="checkbox"/> מק"מ%
<input type="checkbox"/> כללי 3 (עד 40% מניות)%	<input type="checkbox"/> חו"ל%
<input type="checkbox"/> מניות (לפחות 70% מניות)%	<input type="checkbox"/> אג"ח מדינה%
<input type="checkbox"/> שקלי%	<input type="checkbox"/> אג"ח חברות%
<input type="checkbox"/> אחר%	%
סה"כ		100%	

*לידיעתך, בהיעדר סימון בחירה, תושקע "ההפקדה" במסלול השקעה "כללי" (מסלול המשמש כברירת מחדל). ניתן לבחור עד 5 מסלולים סה"כ.

2.ז

מסלולי השקעה*

3.ז

שם התוכנית	למועמד ראשי			בן/בת הזוג**	
	סכום הביטוח בש"ח	התקופה בשנים	לכל היותר עד גיל	סכום הביטוח בש"ח	התקופה בשנים
מגן*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> בטוח (1)			75		
נכות מתאונה (2)			65		
מוות מתאונה (2)			65		
הראל מענקית (1)			75		
***הראל מענקית לילד (2)	ילד 1		ילד 2		
	ילד 3		ילד 4		
***רכישת כיסוי המענקית לילדים יבוצע בפוליסה נפרדת לכל ילד.					
טיט	הראל חוסן בטוח (1)		65		65
	<input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> רגיל				
	הראל חוסן למחר (2)		65		65
	<input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> רגיל				
הפקדה שוטפת: <input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה					
הראל חוסן למחר + (2)		65		65	
<input type="checkbox"/> עיסוקי <input type="checkbox"/> מקצועי <input type="checkbox"/> רגיל					
הפקדה שוטפת: <input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה					
הראל פלוס לחיים (1)					

*במגן 1, ביטוח יסודי, הביטוח הינו עד גיל 85. החל מגיל 76 יקטן הכיסוי הביטוחי ב-25% ובגיל 80 סכום הביטוח יקטן ב-50% מהסכום המקורי.
** חובה למלא פרטי בן/בת הזוג.

(1) - אפשר לרכוש גם כביטוח יסודי; (2) - אפשר לרכוש רק כביטוח נוסף.

מועמד לביטוח (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצויינים שלהלן):

קרבא למבוטח	מספר זהות	שם פרטי של המוטב	שם משפחה של המוטב	תקופת הביטוח בשנים**	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח*
				10/15/20	
				10/15/20	
				10/15/20	

הכנסה למשפחה***

מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג) (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצויינים שלהלן):

קרבא למבוטח	מספר זהות	שם פרטי של המוטב	שם משפחה של המוטב	תקופת הביטוח בשנים**	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח*
				10/15/20	
				10/15/20	
				10/15/20	

*סכומי הביטוח צמודים למדד עד מות המבוטח, החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה כמוגדר בפוליסה. **סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצויינה לעיל, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח. *** בהעדר מינוי מוטבים בסעיף זה, ישולם עפ"י האמור בסעיף ה'.

אובדן כושר עבודה*

שחרור מתשלום פרמיה בלבד (בתנאי הראל לעתיד בטוח, לא חל על מוצרי בריאות) - תקופת ההמתנה 90 ימים

פיצוי חודשי באבדן כושר עבודה בסך ש"ח

תקופת ההמתנה 30 ימים (למקצועות מועדפים בלבד) 90 ימים

הראל לעתיד הראל מטריה ביטוחית הראל פנסיית נכות הראל פנסיית נכות+

ללא קיזוז ביטוח לאומי פרנצ'יזה (ניתן לרכישה כתוספת עם 90 ימי המתנה בלבד) כיסוי מורחב

פרמיה קבועה פרמיה משתנה

* לגברים ונשים עד גיל 67.

תואר

הראל אמצע החיים למשפחה

סמן ✓ בהתאמה

סוג החבילה וכמות חבילות נבחרת					
פלטיניום	זהב	כסף	ארד	בריאות חובה	
<input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/>	מבוטח ראשי
<input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/>	בן זוג
<input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/>	ילדים 1
<input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/> 2 חבילות <input type="checkbox"/> 1 חבילה	<input type="checkbox"/>	3

נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורון (לבוגרים בלבד):

למבוטח ראשי: עד 250 סמ"ק כולל יותר מ-250 סמ"ק

לבן זוג: עד 250 סמ"ק כולל יותר מ-250 סמ"ק

נספח ביטול החרגת ספורט אתגרי:

למבוטח ראשי לבן-זוג ילדים

*בתכנית הראל אמצע החיים למשפחה - לילדים (עד גיל 21) סכומי הביטוח יהיו בשיעור של 50% מסכומי הביטוח הנקובים בתכנית. הביטוח עבורם יירכש במסגרת פוליסה משפחתית או כריידר לפוליסת בריאות קיימת.

כל ההודעות והצהרות הנמסרות לחברה על ידי בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב, או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים בחברה באותו מועד, במשרדי החברה או במשרדי סוכן הביטוח הרלבנטי ואולם בהתאם להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח מובהר כי את ההודעות הבאות, בצירוף כל המסמכים הנלווים לבקשות אלה, חובה למסור במשרדי החברה בלבד (ולא במשרד סוכן הביטוח הרלבנטי): משלוח הצעות לביטוח, שינוי הרכב ההשקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שינוי מוטבים, בקשות לתשלום ערך הפדיון בתום תקופת הביטוח.

יד הפניית המועמד לביטוח לניהול השקעות בהראל פיננסים

אני החתום מטה מבקש להעביר את פרטיי כפי שהם רשומים בטופס הצעה זה להראל פיננסים לטובת תיאום פגישה אישית בנושא ניהול תיקי השקעות. הובהר לי עליידי הסוכן שתיק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ-300,000 ש"ח ויותר.

תאריך: חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: חתימת הסוכן:

טו הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי. כן אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המבוטח על-פי תעודת הזהות שלו.

תאריך: חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: חתימת הסוכן:

טז הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה

מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח ו/או בעל הפוליסה:
הצהרת המשלם:

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה. ידוע לי כי באחריותי להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.

במידה והמשלם הינו מעסיקו של המבוטח- ידוע לי כי התשלום בגין הפוליסה הנקובה לעיל, הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו. באחריותי להעביר את התשלום עבור הפוליסה במועדו וכסדרו.

שם המשלם: ת.ז./ח.פ.: תאריך: חתימת המשלם:

יז גילוי נאות*

בהגיעך לגיל יפוג תוקף התוכנית ותמשוך את הכספים שנצברו לזכותך בדרך של סכום חד פעמי או בהתאם לאפשרויות כמפורט בתוכנית. **סך סכום חד פעמי צפוי לתום תקופה בהנחת ריבית ברוטו שנתית 4% ובניכוי דמי ניהול מחיסכון מצטבר של % הינו ש. תום תקופה להמחשה המוצעת הינו גיל הפרישה בחוק או תום תקופת הביטוח כאמור בפוליסה, המוקדם ביניהם. **לידיעתך! נתונים אלו הינם להמחשה בלבד. רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.**

תאריך: חתימת הסוכן: טלפון הסוכן: חתימת המועמד לביטוח:

*התוכנית ותנאיה תומחרו בהמחשה בכפוף להנחה שהפוליסה לא תבוטל עד תום תקופת הביטוח ובהנחה שתשלומי הפרמיות ישולמו כסדרם. **הריבית התחשיבית השנתית תהיה בהתאם לריבית להמחשה על פי חוזר פרסום והמחשה או כל שיעור ריבית, שיבוא במקום הריבית האמורה.

יח שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסה לביטוח חיים/בריאות

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

2. האם בידוך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?

לא, חתום כנדרש בסוף סעיף זה. כן, נא פרט:

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלה:

1. האם בידוך פוליסות ביטוח חיים/בריאות בתוקף?

לא, עבור לשאלה 2 כן, נא פרט:

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים/בריאות שבתוקף:

הפעולות	לא	כן
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי		
בהפקדה השוטפת / עלות כיסוי ביטוחי ו/או בסכומי הביטוח		

הפעולות	לא	כן
יבוטלו		
יפדו באופן חלקי או מלא		
יסולקו באופן חלקי או מלא		
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגמלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן		
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן		

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 שבחלק זה, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: חתימת המועמד לביטוח:

הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים/בריאות שבתוקף: לא כן

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

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			

1. אני/ו הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.זהות / ח.פ.

מכתובת: רחוב מס' עיר מיקוד

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין הפקדה/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי **הראל** חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק **ולראל** חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/נילו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

א. נא לאשר ל**הראל** חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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: 

אישור הבנק

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		בנק	סניף		
6	0	8			

לכבוד, **הראל חברה לביטוח בע"מ**
רחוב אבא הלל 3 - ת.ד. 1951 רמת-גן 5211802

קיבלנו הוראות מ-....., לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצוינו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

אישור הבנק חתימה וחותמת
בנק: סניף: תאריך:

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימנו יימסר למשלם.

אופן תשלום עלויות הכיסויים הביטוחיים בגין הכיסויים הנוספים (על-חשבון העובד בלבד)

שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז. של בעל הכרטיס או בעל הפוליסה	במידה והמשלם שונה מהמבוטח יש למלא סעיף טז'.
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/> ויזה כא"ל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> מאסטר קארד <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> הוראת קבע לבנק יש למלא הוראת קבע בסעיף י"ט	מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס 20

טוודוורואל b2486/2487 07/2013 7007100

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-*, בה אושר החרג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א' - שאלות כלליות		גובה בס"מ						
ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג		מבוטח ראשי		מגיל 10 בלבד	1. האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? אם כן, שינוי של ק"ג.
			כן	לא	כן	לא		
								2. הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר
								3. מעשן/עישנת, כמה זמן? שנים. אם הפסקת, רשום מתי?
								4. <input type="checkbox"/> משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם הנך שותה או שתית משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?
								5. האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?

חלק ב' - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה למחלה, תופעה או הפרעה הקשורה ב:

								1. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> זאבת <input type="checkbox"/> גושה
								2. <input type="checkbox"/> עיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1] <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]
								3. <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3]
								4. <input type="checkbox"/> מערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9]
								5. <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="checkbox"/> מחלת כבד [10] <input type="checkbox"/> מחלת צהבת [10]
								6. <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13] <input type="checkbox"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]
								7.* <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:
								האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
								<input type="checkbox"/> בקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה בצד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל
								האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:
								8. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="checkbox"/> מפרקים [18][19] <input type="checkbox"/> עמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> פיברומאליגיה* <input type="checkbox"/> עצמות [18] <input type="checkbox"/> CTS, באיזה צד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס
								9. <input type="checkbox"/> גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> דלקות עור / מחלות עור* <input type="checkbox"/> שינויים בנקודת חן <input type="checkbox"/> פסוריאזיס: האם ישנה פגיעה במרפקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
								10. <input type="checkbox"/> מחלות ממארות* <input type="checkbox"/> גידולים אחרים*
								11. <input type="checkbox"/> בעיות פריון <input type="checkbox"/> מחלה תורשתית* <input type="checkbox"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="checkbox"/> FMF [8] <input type="checkbox"/> בלוטת המגן [11] <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> מחלת נפש [25] <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> שיתוק מוחי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז
								12. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?
								<input type="checkbox"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="checkbox"/> האם עברת תאונה [24]
								13. <input type="checkbox"/> האם הנך נמצא במעקב רפואי או בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?
								14. לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15]
								<input type="checkbox"/> את בהריון <input type="checkbox"/> עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי:
								15. ילידים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי <input type="checkbox"/> הפרעות גדילה <input type="checkbox"/> מומים מולדים <input type="checkbox"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:
								<input type="checkbox"/> נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים.

חלק ג' - לביטוח סיעודי ו"הראל אמצע החיים למשפחה" יש לענות גם על השאלות הבאות:

								1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="checkbox"/> גריאטריות <input type="checkbox"/> ניווניות <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="checkbox"/> דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל.
								2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או נעזר באמצעי עזר לביצוע אחת או יותר מפעולות אלה.

חלק ד' - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:


								1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) יש או היו מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]
--	--	--	--	--	--	--	--	---

* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

אני/ו מסכים/ים מראש בחתימתי לתוספת רפואית עד %.....


אני/ו מסכים מראש בחתימתי להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי הריון ולידה נוכחיים בקע המוצהר בשאלה 7 טחורים/פיסורה אחר.....

תאריך: שם המצהיר: חתימת המצהיר: 

אני/אנו מצהיר/ים ומתחייב/ים בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני/נו החופשי, וכי התשובות בהצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/נו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה.

תאריך: שם המועמד לביטוח: מספר זהות: חתימת המועמד: 

תאריך: שם בן/בת זוג: מספר זהות: חתימת בן/בת זוג: 

כג הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור ל"הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ" להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על-ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או 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 ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עובדי ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך: שם המועמד לביטוח: מספר זהות: חתימת המועמד: 

תאריך: שם בן/בת זוג: מספר זהות: חתימת בן/בת זוג: 

תאריך: עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה: חתימה: 