

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

## הצעה לביטוח חיים/בריאות - פרט

### הראל MORE אישי / הראל מגוון השקעות אישי

למילוי במחלקה	מספר פוליסה/הצעה
מספר סוכן	סניף

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 יישמש הצעה לביטוח חיים/בריאות - פרט. למען הפשטות הטופס מנוסח בלשון זכר, אך תקף גם לנשים.



#### א פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה

שם	מספר זהות	מספר סוכן
כתובת למשלוח דואר	רחוב	מספר בית
מספר הטלפון	מספר הפקס	E-mail
חותמת תאריך קבלת ההצעה		

#### ב פרטי המועמדים לביטוח

פרטים	מועמד ראשי	בן/בת יזוג
שם משפחה / שם פרטי		
מספר זהות / תאריך לידה		
מין / מצב אישי / מספר ילדים	ילדים	ילדים
רחוב ומספר בית		
יישוב ומיקוד		
מספר טלפון		
E-mail		
מקצוע, עיסוק ותפקיד		
פרט תחביבים מסוכנים (כגון צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו')		
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אוויר / בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	כן, מלא שאלון טיס	כן, מלא שאלון טיס
האם יש לך מגע עם חומר נפץ / זרם חשמלי בעל מתח גבוה (מעל 380)?	כן	כן
שם קופת חולים, שב"ן (ביטוח משלים)		
שם רופא מטפל		

תפוצה: מקורי - לתברת הראל; העתק 1 - למבוטח ויצורף לפוליסה; העתק 2 - נשאר בידו הסוכן.

#### ג פרטי הילדים

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	מין
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

#### ד המוטבים

שם משפחה ופרטי	מספר הזהות	קרבה למבוטח	% מסכום הביטוח	% מההכנסה החודשית

בנות המבוטח  
 בחיי המבוטח

ר"ה 5/2010

20

תאריך התחלת הביטוח

תקופת הביטוח עד גיל \_\_\_\_\_

## ה ביטוח היסודית המבוקשת.

שם התכנית	דמי ניהול מהפקדה שוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ההפקדה
<input type="radio"/> הראל MORE אישי	מ-13% יורד ל-0%	1% פוחת ל-0.5%	<input type="radio"/> שוטפת _____ ש"ח <input type="radio"/> חד-פעמית _____ ש"ח
<input type="radio"/> הראל מגוון השקעות אישי	0%	2%	<input type="radio"/> שוטפת _____ ש"ח <input type="radio"/> חד-פעמית _____ ש"ח
שם המסלול	אחוז ההפקדה	שם המסלול - המשך	אחוז ההפקדה
<input type="radio"/> כללי 1	_____ %	<input type="radio"/> מדד	_____ %
<input type="radio"/> כללי ללא מניות	_____ %	<input type="radio"/> מט"ח	_____ %
<input type="radio"/> כללי 2 (עד 20% מניות)	_____ %	<input type="radio"/> מק"מ	_____ %
<input type="radio"/> כללי 3 (עד 40% מניות)	_____ %	<input type="radio"/> חו"ל	_____ %
<input type="radio"/> מניות (לפחות 70% מניות)	_____ %	<input type="radio"/> אג"ח מדינה	_____ %
<input type="radio"/> שקלי	_____ %	<input type="radio"/> אג"ח חברות	_____ %

לידיעתך, בהיעדר סימון בחירה, תושקע "ההפקדה" במסלול השקעה כללי (מסלול המשמש כבירית מחדל).

שם התכנית	למועמד ראשי			בן/בת-זוג		
	סכום הביטוח בש"ח	התקופה בשנים	לכל גיל	סכום הביטוח בש"ח	התקופה בשנים	לכל גיל
מגן: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> בטוח (1)			75			75
נכות מתאונה (3)			65			65
מוות מתאונה (3)			65			65
הראל מענקית (1)			75			75
הראל חוסן בטוח (1) <input type="radio"/> עיסוקי <input type="radio"/> מקצועי <input type="radio"/> רגיל			65			65
הראל חוסן למחר (3) <input type="radio"/> עיסוקי <input type="radio"/> מקצועי <input type="radio"/> רגיל הפקדה שוטפת: <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה			65			65
הראל חוסן למחר + (3) <input type="radio"/> עיסוקי <input type="radio"/> מקצועי <input type="radio"/> רגיל הפקדה שוטפת: <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה			65			65
פנסית שארים * (1)			65			65
פנסית שארים * + (1)			65			65
הכנסה חודשית מובטחת (2)						
הראל פלוס לחיים (1)						

 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  180 ימים הראל לעתיד  הראל מטריה ביטוחית  הראל פנסיית נכות  הראל פנסיית נכות + כולל קיוזו ביטוח לאומי  פרנציזה (ניתן לרכישה כתוספת ל"הראל לעתיד" עם 90 ימי המתנה בלבד)  כיסוי מורחב פרמיה קבועה  פרמיה משתנה

בריאות חובה	למבוטח ראשי	בן/בת-זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
הראל אמצע החיים למשפחה: ארד	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות
כסף	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות
זהב	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות	<input type="radio"/> 1 חבילה <input type="radio"/> 2 חבילות
פלטיניום	<input type="radio"/> 1 חבילה	<input type="radio"/> 1 חבילה	<input type="radio"/> 1 חבילה	<input type="radio"/> 1 חבילה	<input type="radio"/> 1 חבילה

\* 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 ביטוח קיימת.

(1) = אפשר לרכוש גם כביטוח יסודי; (2) = אפשר לרכוש רק כביטוח יסודי; (3) = אפשר לרכוש רק כביטוח נוסף. \* חובה למלא תאריך לידה של בן/בת הזוג.

○ כרטיס אשראי מסוג:  ויזה כאל  דינרס  לאומי קארד  ישראלכרט  אמריקן אקספרס

○ הוראת קבע לבנק  יש למלא טופס הוראת קבע

מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	חודש
	20	

### הצהרת המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח החתום מטה מצהיר בזה שכל התשובות שניתנו בטופס ההצעה והצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובתי אינן נכונות ומלאות והעלמתי דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו והראל תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח. הרשות בידי הראל, באופן בלעדי, להחליט על קבלת הצעה או דחייתה בלי שתהיה חייבים להצדיק או להסביר החלטתכם.

אעמוד לרשותכם לבדיקה רפואית ומעבדתית כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה, ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו לאחר שהמבוטח נתקבל בתנאי קבלה רגילים, או במקרה שנתקבל בתנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר שהסכמתי להם ובתנאי נוסף שמוים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת תאריך

הבריאות ועד ליום בו החליטה הראל על קבלה לביטוח לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. **תשובותינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוכסנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד.**

אני המועמד לביטוח מצהיר בזה, כי הפיצויים החודשיים המבוקשים לפי ביטוח אי-כוש עבודה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים על-ידי בפוליסות אחרות, אינם עולים על 75% מהכנסתי החודשית הממוצעת בשנה האחרונה (צמודה למדד). ידוע לי שאני חייב להודיע להראל על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי, במשך תקופת הביטוח.

**לביטוח בריאות בלבד**  
אם קימת תוספת לפרימה או החרגות בגין חיתום רפואי במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אתה/ם מבוטח/ים בהראל, החרגות מספר הזהות

מועמד ראשי לביטוח	שם המועמד	מספר הזהות	חתימה
מועמד ראשי לביטוח			
בן/בת זוג			
ילד מעל גיל 18			

### הצהרה לעניין חוק הגנת הפרטיות

אני/אנו מצהיר/ים בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/נו ובהסכמתנו/נו המלאה. ידוע לי/לנו שמטרת מסירת המידע היא הפקת פוליסת הביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים הנובעים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה, ניהול יעיל של הראל חברה לביטוח בע"מ, ולאפשר לה להביא לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים שלדעת החברה עשויים לעניין אותם, למטרת עיבודים סטטיסטיים וכן למסור מידע אודותיי לחברות בקבוצת הראל השקעות כדי שאלו יוכלו לפנות אליי בהצעות שיווקיות שונות לגבי מוצריהן, ולצורך טיפול בתביעות. אני/אנו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל צד שעיסוקו בכך שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

אני החתום מטה, המבוטח על-פי הצעת הביטוח הנ"ל ("הצעת הביטוח"), מייפה את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") למסור למי שמיניתי כסוכן הביטוח מטעמי, כמפורט בהצעת הביטוח. פרטים על כיוסיים ביטוחיים נוספים מאותו סוג ו/או סוג דומה, המתנהלים בחברה במועד חתימת הצעת הביטוח והרלוונטים להצעת הביטוח הנ"ל.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת בן/בת הזוג
-------	--------------------------------	---------------------------	------------------

### הצהרה על-פי צו איסור הלבנת הון

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי ומתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר. \* יש לצרף תצלום תעודת זהות, לתושבי חוץ - דרכון.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת בן/בת הזוג
-------	--------------------------------	---------------------------	------------------

### הסכמה של שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
- אני מצהיר על הסכמתי לכך שהמידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ (3) וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי למוצר פנסיוני גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>. אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח הדין ו/או הוראות התקנון ו/או הוראות הפוליסות שחלות עליי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח או לעמית מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אליי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן ויישלח אליי חומר הנוגע לענייני הפרטיות כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על-ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת בן/בת הזוג
-------	--------------------------------	---------------------------	------------------

### מיני הסוכן כשלוח המבוטח

אני החתום מטה ממנה את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עצמו עם חברתכם בקשר לפרטים האלו: תיקון פרטי הביטוח המבוקש, אישור תנאי הקבלה, השלמת הפרטים לביטוח מנהלים.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המועמד הראשי לביטוח
-------	--------------------------------	---------------------------

### 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 על-ידי הסוכן שתיתק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ-300,000 ש"ח ויותר.

תאריך	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת הסוכן
-------	---------------------------	-------------

### 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	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

## שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסה לביטוח חיים/בריאות

כדי לברר אם בכוננתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת 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:

הפעולות	לא	כן
יבטלו		
ייפדו באופן חלקי או מלא		
יסולקו באופן חלקי או מלא		
ישונו באופן שיקטיין 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		

### 1. האם בידך פוליסות ביטוח חיים/בריאות בתוקף?

לא, עבור לשאלה 2

כן, נא פרט:

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

### 2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסת הביטוח?

לא, חתום כנדרש בסוף שאלון לפוליסת ביטוח חיים/בריאות זה.

כן, נא פרט:

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

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

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, 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 \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות

### אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
קוד מוסד	אמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	608

לכבוד  
הראל חברה לביטוח בע"מ  
רחוב אבא הלל 3 - ת"ד 1954  
רמת גן 52118

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/בנק 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/בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

אישור הבנק חתימה וחותמת

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.

### הוראה לחיוב חשבון בנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
קוד מוסד	אמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	608

לכבוד

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

1. אני/הח"מ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות \_\_\_\_\_ מכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

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

2. ידוע לי/לנו כי:

- ההוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולהראל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
- אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/וכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- 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.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר להראל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה \_\_\_\_\_

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ. על-פי שינוי ההפקדה שוטפת והצמדה כפי שיקבע בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_



**א פרטי המועמדים לביטוח**

מבטוח ראשי/ המצהיר	ס"ב מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בן/בת זוג					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילדים 1					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
3					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

**ב הצהרת בריאות**

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחדוד: 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 [1], לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-\*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א - שאלות כלליות:	מב' ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. גובה בסי"מ										
2. משקל בק"ג										
3. מעשן/עשנת, כמה זמן? שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____										
4. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> האם שותה משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)										
5. האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?										
<b>חלק ב - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:</b>										
1. מחלות או תופעות של מערכת העצבים <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/>										
2. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]										
3. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]										
4. מחלת לב [4] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] <input type="radio"/> מחלת כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*										
5. מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]										
6. מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9]										
7. סוכרת [12] <input type="radio"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="radio"/> מחלת כבד [10] <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]										
8. מחלה או הפרעה בכליות [13] <input type="radio"/> בדרכי השתן [13] <input type="radio"/> בערמונית (פרוסטטה) [14]										
9. טחורים <input type="radio"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בקע: <input type="radio"/> בסרעפת <input type="radio"/> בטבור <input type="radio"/> במפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן										
10. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> פיברומיאלגיה*										
11. גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור* <input type="radio"/> פסוריאזיס <input type="radio"/> שינויים בנקודות חן										
12. מחלות ממאירות* <input type="radio"/> גידולים אחרים*										
13. בעיות פריון <input type="radio"/> מחלה תורשתית* <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="radio"/> FMF <input type="radio"/> בלוטת המגן [11] <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> גאט <input type="radio"/> מחלת נפש [25] <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> שיתוק מוחי <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> פוליו										
14. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח <b>שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> <input type="radio"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="radio"/> האם עברת תאונה [24]										
15. האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי או השגחתי <b>שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> <input type="radio"/> <b>לנשים (מגיל 14 בלבד):</b> <input type="radio"/> סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] <input type="radio"/> את בהריון <input type="radio"/> עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____										
17. <b>לילדים (עד גיל 18):</b> <input type="radio"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> מומים מולדים <input type="radio"/> אשך טמיר <input type="radio"/> נולדה/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים.										
<b>חלק ג - לביטוח סיעודי יש לענות גם על השאלות הבאות:</b>										
1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="radio"/> דמנציה (אלצהיימר). <b>נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל</b>										
2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה										
<b>חלק ד - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:</b>										
1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]										

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

אני/נו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה:

לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:  ניתוח קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח  בבקע המוצהר

אני/נו מסכים/ים מראש לתוספת עד \_\_\_\_\_%:

<input type="radio"/> ב.טחורים/בפיסורה אנלית	<input type="radio"/> שם המצהיר	<input type="radio"/> חתימת המצהיר
<input type="radio"/> אחר	<input type="radio"/> שם המצהיר	<input type="radio"/> חתימת המצהיר

**ג הצהרות המועמדים לביטוח**

אני/אנו מצהיר/ים ומתחייב/ים בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני/נו החופשי, וכי התשובות בהצהרת הבריאות ישמשו נתאי יסוד לחוזה הביטוח ביני/נו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה. הצהרה זו תחול גם על הילדים הרשומים לעיל ואני/נו חותמ/ים על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס. **יתור על סודיות רפואית** - אני, החתום מטה, נתן 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 להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירשם 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 "המבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עובדי ובאיכוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

מבטוח ראשי/המצהיר	תאריך	שם	מספר זהות	חתימה