

שם הסוכן: ..... מספר הסוכן: ..... 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 לך 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 והדיווחים השנתיים, 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](http://www.harel-group.co.il)).

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

\*חובה מגיל 18



ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מבוטח ראשי	תוכנית הבריאות
<b>כיסויי בסיס</b>						
						השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
						תרופות מיוחדות
						ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון
						UPGRADE - משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
						UPGRADE EXTRA - ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪ (צמוד מדד)
<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	<b>סכום ביטוח בש"ח</b>	
						מענקית זהב (ביטוח למחלות קשות)
						מענקית לסרטן (פיצוי למחלת הסרטן)
<b>נספחים</b>						
						תרופות פרימיום - הרחבה לביטוח תרופות מיוחדות (רכישת כיסוי זה מותנית ברכישת כיסוי בסיס - תרופות מיוחדות)
						ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
						ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות
						טיפולים להתפתחות הילד - הרחבה לביטוח אמבולטורי
						טיפולים פרימיום - טיפולים רפואיים מתקדמים
<b>כתבי שירות</b>						
						אבחון רפואי מהיר
						רופא מלווה אישי
						רפואה אישית און ליין (ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית). השירות ניתן באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט בלבד.
						רפואה משלימה
						ביקור רופא בבית*

\*שירות ביקור רופא ניתן בכל ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון, חבל עזה ויישובי בקעת הירדן והערבה. השירות ניתן גם במעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה. מנוי המתגורר ברמת הגולן יהיה זכאי לשירות בקצרון או בכל ישוב אחר באיזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו למוקד הרפואי באיזור.

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. לידעתך, חלק מהשאלות בהצהרת הבריאות אינן נדרשות לצורך הצטרפות לפוליסה, אך הן יאפשרו לבחון את התאמתך למצוריים נוספים בקרוב. באפשרותך לבקש מסוכן הביטוח שאלון ייעודי הכולל שאלות הנדרשות לצורך ההצטרפות לפוליסה זו בלבד.

שם ילד 4	שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם בן/בת זוג	שם מבטוח ראשי	רבות
----------	----------	----------	----------	--------------	---------------	------

התייחס לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

חלק א'						
1.	מגיל 6 בלבד	גובה בס"מ	משקל בק"ג	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של ..... ק"ג.	הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> סיבה אחרת	
2.	מגיל 14 בלבד	האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> כמות הסיגריות ביום ..... [26]	האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/>	האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? <input type="checkbox"/>		

**חלק ב' - האם אובחנת אצלר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:**

1.	מערכת העצבים* <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* <input type="checkbox"/> פרקינסון* <input type="checkbox"/> רעד* <input type="checkbox"/> פיגור שכלי* <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> אוטיזם* <input type="checkbox"/> תסמונת דאון* <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין* <input type="checkbox"/> פוליו* <input type="checkbox"/> גושה* <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות* <input type="checkbox"/>	
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: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]	
5.	<input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם*	
6.	האם ב-5 השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות או לשמור על דיאטה לצורך טיפול ב: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6]	
7.	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]	
8.	ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס*	
9.	קיבה [9] <input type="checkbox"/> מעיים [9] <input type="checkbox"/> ושת [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9] <input type="checkbox"/> כבד [10] <input type="checkbox"/> צהבת [10] <input type="checkbox"/> טחורים - 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"/> פיסורה - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך ..... האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
10.	בקע (הרניה): <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה הימנית <input type="checkbox"/> במפשעה השמאלית <input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) ..... האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
11.	מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV* <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס)*	
12.	כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13]	
13.	גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה* <input type="checkbox"/> FMF [8]	
14.	גב ועמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> שברים [18] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס <input type="checkbox"/> מפרקים [18] [19] <input type="checkbox"/> CTS - באיזה יד? <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל	
15.	גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> נגעי עור או שינויים בנגעי עור / "נקודות חן"? [16] <input type="checkbox"/> מחלות עור* <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
16.	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*	
17.	גידולים שפירים*	
18.	לגברים (מגיל 18 בלבד): <input type="checkbox"/> בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14] <input type="checkbox"/> בעיות פריון	
19.	לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים (לרבות הגדלת חזה) [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="checkbox"/> בעיות פריון <input type="checkbox"/> האם הנך בהריון? מה היה משקלך לפני ההריון? ..... <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? .....	
20.	לילדים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי* <input type="checkbox"/> הפרעת גדילה* <input type="checkbox"/> מומים מולדים* <input type="checkbox"/> נולדה/ה פג - לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים. <input type="checkbox"/> הפרעה או בעיה רגשית*. <input type="checkbox"/> חך/שפה שסועה - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? ..... האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אשך טמיר - האם נותחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? ..... האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

**חלק ג':**

1.	האם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח? האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
2.	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא [23]	
3.	האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - יש להעביר פרוט	
4.	האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, וטרם נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא*	

**חלק ד': 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: <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> שבץ מוחי <input type="checkbox"/> סרטן שד <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סוכרת <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> מחלת פרקינסון? [27]
--

**חלק ה': ברכישת כיסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל:**

האם הנך עוסק בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט: .....

השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

התאחדות הרפואית 31984.37 06/2022 7000379



אנו מסכימה/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור 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
			
			
			
			
			
			

ה מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- 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 תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- 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.
- 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.
- 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](http://www.harel-group.co.il)
- במידה והנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים/מעשן:** שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
- 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](http://www.mof.gov.il).
- שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- 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 ששיגע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה-1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

י הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה הביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
  - אף שאין 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 עבורך ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
  - אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ים לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/ו מסמיר/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):**
  - 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/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
  - 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.
  - דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - upgrade, נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).
  - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאים/ים לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

סעיפים חובה למענה	כן	לא
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 אקסטרה (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 הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוח; 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.		
6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת	כן	לא
(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) 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) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך 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 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 ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג 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 פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 521 1802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		
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 החיובית מתייחסת לחלק מהמועמדים לביטוח, נא ציין למי: .....		
<b>במידה והתשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים הבאים מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.</b>		
אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי	<input type="checkbox"/>	
ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים 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.	<input type="checkbox"/>	
אני/ו מעוניינים להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין בה את היקף הפיצוי*	<input type="checkbox"/>	
ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה/ם מבקשים 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.	<input type="checkbox"/>	
אני/ו מעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת	<input type="checkbox"/>	
ברצוני/נו שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח בפוליסה קיימת: <input type="checkbox"/> על ידי <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> 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 שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות 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 להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח. <input type="checkbox"/> 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 הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).		

**הצהרת המועמדים לביטוח - המשך**

9. ויתור סודיות רפואית: אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות 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 לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם 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 עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: ..... שם: ..... ת.ז.: ..... מס' רישון: ..... חותמת: .....

**ז שרותי בריאות לחיות מחמד של Marpet\* - הסכמה להעברת פרטי התקשרות**

כן	לא	יש לענות כן/לא בטור המתאים:
		אני מבקשת/לקבל ישירות מחברת מרפאט בע"מ ("מרפאט") הצעה לרכישת שירותי בריאות לחיות מחמד ולצורך כך מבקשת שהראל תעביר את פרטי ההתקשרות שלי (המפורטים בטופס זה ו/או שבידי הראל) למרפאט. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שלי נמסרים על ידי באופן ישיר למרפאט (אך באמצעות הראל).
		*שירותי בריאות לחיות מחמד של מרפאט אינם מוצר ביטוחי והראל אינה צד להתקשרות בין הלקוח למרפאט.
		תאריך: ..... שם: ..... חתימה:



**ח ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

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. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

**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 התואמים לצרכי/הם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. במקרה בו המועמד/ים לביטוח מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה בהראל:  
להלן ההשוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

פרמיה בפוליסה המוצעת  נמוכה יותר  ללא הבדל מהותי  אחר .....

היקף / תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת  רחב יותר  ללא הבדל מהותי  אחר .....

סכומי הביטוח / תקרות בפוליסה המוצעת  גבוהים יותר  ללא הבדל מהותי  אחר .....

רמת השירות בחברה החדשה  טובה יותר  ללא הבדל מהותי  אחר .....

פרוט נוסף: .....

לאחר בחינת הפוליסה הקיימת מול הפוליסה המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסה בהראל.

תאריך: ..... שם הסוכן: ..... חתימת הסוכן:

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

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

## א תשלום בהוראת קבע לבנק

**פרטי הוראה**  
לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובת הסניף: .....

מס' חשבון בנק	קוד מסלוקה		קוד המוסד		סוג חשבון
	בנק	סניף	6	0	

מס' חשבון/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - ₪.....  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום...../...../.....

**לתשומת לבך,**  
 ■ אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 ■ אם ישלחו 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.זהות / ח.פ. ....  
 מכתובת: רחוב..... מס'..... עיר..... מיקוד.....  
 מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבונו, 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 ותוספותיהן.  
 תאריך: .....

חתימת בעלי החשבון:

## ב הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג:  ויזה  ישראלכרט  דינורס  לאומי קארד  אמריקן אקספרס  אחר: .....

שם בעל הכרטיס: מס' ת.ז. .... רחוב ..... מס' .....

ישוב	מיקוד	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
------	-------	-----------	-------------	------------

מס' הכרטיס: .....

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם 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 כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה.  
 הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: ..... חתימת בעל הכרטיס:

## ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב'). לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:  
 אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.  
**חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.**

תאריך: ..... שם המשלם: ..... ת"ז המשלם: ..... חתימת המשלם:

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

## ד תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת. מספר פוליסה

**הצהרות בעל הפוליסה:**

1. הפרמיה החודשית עבור הפוליסה תשולם מתוך החיסכון שייצבר בתכנית "מגוון השקעות אישי" (להלן: "פוליסת מגוון") על שמי. הפרמיות שישולמו מתוך פוליסת המגוון יהיו "משיכה" לכל זכר ועניין כהגדרתה בפוליסת המגוון ויחויבו במס רווחי הון בגין הרווחים הריאליים שייצברו עד מועד המשיכה

2. מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש

3. ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי הינה בכפוף לכך:  
 א. בפוליסת המגוון קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪  
 ב. לא מדובר בפוליסת מגוון ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)  
 ג. אין עיקול על שמי

תאריך: ..... חתימת בעל הפוליסה:



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

## א פרטי המשלם שאינו המבוטח ו/או בעל הפוליסה (במידה ומדובר במשלם מעסיק יש לצרף חתימה וחותמת המעסיק ולציין ח.פ.)

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.הות <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/>	
תאריך לידה		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> נ		מצב אישי <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א + ילדים	
רחוב		מס'		ישוב	
מיקוד		נייד			
דואר אלקטרוני*		E-MAIL			

\* ידוע לי כי ייתכן והמבוטח יעשה שימוש בכתובת הדואר האלקטרוני אותה פירטתי לעיל לצורך משלוח דיווחים, בהתאם להוראות הדין, אשר עשויים לכלול "מידע רגיש" אודותיי והנני מאשר כי פתיחת הדואר האלקטרוני בכתובת המצויינת תהיה על ידי בלבד.

## ב פרטי המבוטח / בעל הפוליסה

שם המבוטח	ת.ז. המבוטח
שם בעל הפוליסה	ת.ז. / ח.פ. בעל הפוליסה

## ג מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח ו/או בעל הפוליסה

--

## ד שיטת התשלום

<input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות הוראת קבע על שמי. טופס הוראת קבע מצ"ב. <input type="checkbox"/> תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי על שמי. טופס הוראות בעל כרטיס האשראי מצ"ב. <input type="checkbox"/> סכום חד פעמי באמצעות המחאה. <input type="checkbox"/> העברה בנקאית. חובה לצרף אישור הבנק לביצוע העברה בנקאית.
--

## ה הצהרות המשלם

<p>ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.</p> <p>נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין. לראיה באתי על החתום:</p>
<p>שם המשלם: _____ ת.ז. / ח.פ.: _____ תאריך: _____ חתימת המשלם: _____</p>

