

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

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

חותמת תאריך קבלת הטופס

לכבוד
הראל חברה לביטוח
ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים
מס' פוליסה/הצעה:

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

מועמד לביטוח		הצהרת ויתור על סודיות רפואית	
כן	לא		
		אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא/ל או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישבו תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". לא תהינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצמוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.	

מועמד לביטוח		הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת	
כן	לא		
		אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע 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 וחברות בנות) 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) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.	
		אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיגו אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).	
		אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il , או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.	



הנחיות כלליות: יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הינך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המצוינות מטה אלא אם צוין אחרת בשאלה. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. לדיעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה. למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, תרופות קבועות, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז./דרכון	תאריך לידה	מין ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	קופת חולים
שם רופא מטפל	משקל בק"ג	גובה בס"מ			

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

שאלון עישון:
אנא סמן את המשפט הנכון עבורך:
 מעולם לא עישנתי
 עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים, כמות של ליום, משך שנים
 הנני מעשן או עישנתי בשנתיים האחרונות - כמות ליום במשך שנים
 *לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תערוף בכיסויים הרלוונטיים.

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

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

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

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

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון אלכוהול
2.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?			שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)
3.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.			שאלון מחלות במשפחה
4.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			שאלון תאונות/נכות
5.	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?			פירוט ומסמכים רפואיים
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות ?			שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח בעשר השנים האחרונות ?			פרוט וסיכומי הניתוחים
8.	תרופות: האם אתה/נוטלת/תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות ?			פרוט ומסמכים רפואיים
9.	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 חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> נא פרט מטה. <input type="checkbox"/> כן			אם הבעיה בגינה הוצרה בשאלה זו בחיוב, לא דווחה בשאלה אחרת בהצהרה - יש לפרט - איזו בדיקה בוצעה, מתי, מה הייתה התוצאה, טיפול ומצב כיום (יתכן ותדרש בהעברת מסמכים בהתאם לפירוט)

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ה מידע למועמד לביטוח/מבוטח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיון.
- 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.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצרים פנסיונים ולטיפול בעניינים הקשורים בהם. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול במוצר הפנסיוני ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.
- ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- 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 על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

ה הצהרת המועמד לביטוח/המבוטח

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

תאריך: שם מועמד לביטוח/מבוטח: חתימה: 