



# הרצל לביטוח חיים/בריאות - פרט

## הראל MORE אישי / הראל מגוון השקעות אישי

חברה לביטוח

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. למען הפשטות הטופס מנוסח בלשון זכר, אך תקף גם לנשים.



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

למילוי במחלקה

מספר פוליסה/הצעה	מספר סוכן	סניף
------------------	-----------	------

### א פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה

השם	מספר זהות	מספר סוכן	סניף
כתובת למשלוח דואר	רחוב	מספר בית	יישוב
מספר הטלפון	מספר הפקס	E-mail	מיקוד

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: מקור - לחברת הראל; העתק 1 - למבוטח (צורך לפוליסה); העתק 2 - נשאר ביד 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

במות המבוטח בחיי המבוטח

11/2009 ד ר"ה

200

תאריך התחלת הביטוח

תקופת הביטוח עד גיל \_\_\_\_\_

## א תכנית הביטוח היסודית המבוקשת.

שם התכנית		דמי ניהול מהפקדה שוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ההפקדה
הראל MORE אישי <input type="radio"/>		מ-13% יורד ל-0%	1% פוחת ל-0.5%	<input type="radio"/> שוטפת _____ ש"ח <input type="radio"/> חד-פעמית _____ ש"ח
הראל מגוון השקעות אישי <input type="radio"/>		0%	2%	<input type="radio"/> שוטפת _____ ש"ח <input type="radio"/> חד-פעמית _____ ש"ח
שם המסלול	אחוז ההפקדה	שם המסלול - המשך	אחוז ההפקדה	שם המסלול - המשך
<input type="radio"/> כללי 1	_____ %	<input type="radio"/> מדד	_____ %	<input type="radio"/> אחר: _____
<input type="radio"/> כללי ללא מניות	_____ %	<input type="radio"/> מט"ח	_____ %	<input type="radio"/> אחר: _____
<input type="radio"/> כללי 2 (עד 20% מניות)	_____ %	<input type="radio"/> מק"מ	_____ %	<b>100%</b> סה"כ
<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"/> אופק חיים
<input type="radio"/> שקלי	_____ %	<input type="radio"/> אג"ח חברות	_____ %	

לידיעתך, בהיעדר סימון בחירה, תושקע "ההפקדה" במסלול השקעה כללי (מסלול המשמש כברירת 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: 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					65			65
הראל חוסן למחר + (3) <input type="radio"/> עיסוקי <input type="radio"/> מקצועי <input type="radio"/> רגיל					65			65
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					65			65
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 + ביטול קיזוז ביטוח לאומי  פרנציזה (ניתן לרכישה כתוספת ל"הראל לעתיד" עם 90 ימי המתנה בלבד)  כיסוי מורחב פרמיה קבועה  פרמיה משתנה

בריאות חובה

הראל אמצע החיים:  ארד  1 חבילה  2 חבילות  1 חבילה  2 חבילותכסף  1 חבילה  2 חבילות  1 חבילה  2 חבילותזהב  1 חבילה  2 חבילות  1 חבילה  2 חבילותפלטיניום  1 חבילה  2 חבילות  1 חבילה  2 חבילות

(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 החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל התשובות שניתנו בטופס ההצהרה 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 תשובותי 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 שתהיו חייבים להציק 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 שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת

מועמד ראשי לביטוח	שם המועמד	מספר הזהות	חתימה
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

תאריך \_\_\_\_\_

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 אודותי 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 חובת הזוג בן/בת _____
-------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

**הצהרה על-פי צו איסור הלנת 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 חובת הזוג בן/בת _____
-------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

**הסכמה של שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

1) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.

2) 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) יישמש 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.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל, על-ידי חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע לנו על-יך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.

אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל 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

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

**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 שתיק 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-ידי 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 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		

### 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 בכיסויי 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/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 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/ו 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:

א. הוראה 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.

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 ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. 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.

7. 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 שיקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

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

# הצהרת בריאות

## מיועד לביטוח חיים ולביטוח בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.



### 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"/>
ילדים 2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

### ב הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסיומן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], 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
מב' ראשי	כן	לא	כן	לא
1. גובה בסי"מ				
2. משקל בק"ג				
3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- ק"ג _____ הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת				
4. מעשן, כמה זמן? _____ שנים. כמות סיגריות ליום _____ אם הפסקת, רשום מתי? _____ [26]				
5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> מוזמן <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום?				
6. משתמש או השתמשת בסמים? נא פרט סוג _____, אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____				
<b>חלק ב' - האם קיימת אבחנה או סבלת מ:</b>				
1- <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> אלצהיימר <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדי איידס <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> אייספיקת כליות <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אייספיקת לב <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> אגוזיה <input type="radio"/> כליות פוליציסטיות				
2. אירוע מוחי, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט את נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומתי האבחנה הרפואית לסוג האירוע				
3. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]				
4. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]				
5. מחלת לב [4] מחלת: <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> עורקים [7] <input type="radio"/> ורידים [7] יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אנמיה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרישה <input type="radio"/> המופיליה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת _____ נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת				
6. אסטמה (ברונכיט כרונית) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אוויר <input type="radio"/> COPD. נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות				
7. מחלה או הפרעה ב-: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> צרבת <input type="radio"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק				
8. סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]				
9. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]				
10. אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> בלוטת המגן (התריס) [11] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל				
11. מחלה ב-: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]				
12. * בקע (הרניה): <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> טבור <input type="radio"/> מפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשרי הצדדים, תאריך האירוע? _____ כל מקרה ביטוח הקשור בבקע המוצהר אינו מכסה בביטוח זה (למעט אם חלפו מאז הניתוח 15 שנים) חתימת המבוטח לאישור החריג.				
13. * 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 כל מקרה ביטוח הקשור בטחורים ובפיסורה אנאלית לא יכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג.				
14. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> עקמת [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> מפרקים [18] <input type="radio"/> ידיים [18] <input type="radio"/> רגליים [18] <input type="radio"/> עצמות [18] <input type="radio"/> [19] CTS (שרשר כף היד) <input type="radio"/> [19] CTS (שרשר כף היד) <input type="radio"/> הלום ולגום <input type="radio"/> אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל				
15. גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס <input type="radio"/> שניניים בנקודות חן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל				
16. מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים _____ נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות				
17. מיגרנה <input type="radio"/> אלרגיה <input type="radio"/> בעיות פרוין אצל הגבר <input type="radio"/> הפרעת נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> שחפת, האם פעילה/בטיפול <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא				
18. מחלה ו/או תופעה כרונית <input type="radio"/> מחלה תורשתית <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> מחלה במערכת העצבים <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> הפרעה התפתחותית <input type="radio"/> פיברומיאלגיה _____ נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת				
19. מומים מולדים: <input type="radio"/> חך שטוע <input type="radio"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, לפני _____ שנים <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> האם נולד פג - לילדים עד גיל 6 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים. <input type="radio"/> פוליו: <input type="radio"/> רגל אחת <input type="radio"/> יד אחת <input type="radio"/> אחר				
20. האם עברת תאונה, כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי [24]				
21. האם עברת ניתוח <b>שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> אם כן, צרף סיכום ניתוח.				
22. האם אושפזת (כולל אשפוז יום)? [23]				
23. האם נמצא כעת במהלך בירור תופעה ו/או מחלה ו/או סובל ממחלות אחרות <input type="radio"/> האם נמצא בטיפול רפואי ו/או תרופתי ו/או השגחתי <b>שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות.</b> המוצהרת וכולל תוצאות כל הבדיקות שבוצעו				
24. מחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית. נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל				
25. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות				
26. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, ניסיון להתאבדות (אם כן, פרט אצל מי, סיבות, מחלות באיזיה גיל). [27]				
27. האם אייפעם <input type="radio"/> נדחתה <input type="radio"/> נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים ו/או בריאות ו/או סיעוד? הסיבה _____				
28. האם אתה עובד עם: <input type="radio"/> גזים רעילים <input type="radio"/> אסבסט <input type="radio"/> חומרים כימיים <input type="radio"/> חומרי ריסוס <input type="radio"/> חומרים רדיואקטיביים <input type="radio"/> קרינה מכל סוג שהוא פרט: מקום, משך החשיפה ואמצעי מגן.				
29. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב-: <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> רחם [15] <input type="radio"/> דימום [15] <input type="radio"/> תופעה גינקולוגית אחרת [15] <input type="radio"/> פרוין <input type="radio"/> היריון מוחץ לרחם				
30. * עברת לידה בניתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בניתוח חתימת המבוטחת לאישור החריג <input type="radio"/> קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכסה <input type="radio"/> נמצאת בהריון, מה המשקל לפני ההריון _____ ק"ג. חתימת המבוטחת לאישור החריג <input type="radio"/> כל מקרה ביטוח הקשור להריון וללידה הנכחים אינו מכסה				

לביטוחי בריאות בלבד - אני/ו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה: \_\_\_\_\_  
 אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד % \_\_\_\_\_  
 חתימת מבוטח ראשי/המצהיר \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת זוג \_\_\_\_\_

### ג הצהרות המבוטח

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 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 הצהרה בשמם כאפוטרופוס. **יתור על סודיות רפואית** - אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למסודותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המסודות 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.

תאריך	שם	מספר זהות	חתימה