

שם ילד 3	שם ילד 2		שם ילד 1		בן/ת זוג	מב' ראשי	חלק א - שאלות כלליות
	לא	כן	לא	כן			
							1. גובה בס"מ מילימטר
							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/עישנת, כמה זמן? _____ שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____ כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום _____ [26]
							5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום?
							6. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____
חלק ב - האם קיימת אבחנה או סבלת מ:							
							1. <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדי איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה
							2. <input type="radio"/> אירוע מוחי, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע
							3. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשות 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] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אנמיה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרשה <input type="radio"/> המופילה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת
							6. <input type="radio"/> אסטמה (ברונכיט כרונית) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אוויר <input type="radio"/> COPD, <input type="radio"/> נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס
							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"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]
							8. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]
							9. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> בלוטת המגן (התריס) [11] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
							10. מחלה ב-: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]
							11. * 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"/> בשני הצדדים, האם נותחת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ חתימת המבוטח לאישור החריג.
							12. * 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.
							13. 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][19] <input type="radio"/> ידיים [18][19] <input type="radio"/> רגליים [18][19] <input type="radio"/> עצמות [18][19] <input type="radio"/> CTS (שורש כף היד) <input type="radio"/> הלום ולגוס <input type="radio"/> אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס <input type="radio"/> גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס - האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> שיוניים בנקודת חן, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
							14. מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות
							15. מיגרנה <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 <input type="radio"/> 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/עיכוב התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> פיברומיאלגיה <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת
							16. מומים מולדים: <input type="radio"/> חך שסוע, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <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 3 <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים. פוליו: <input type="radio"/> רגל אחת <input type="radio"/> יד אחת <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> האם עברת תאונה, כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי [24]
							17. האם עברת ניתוח או אושפזת (כולל אשפוז יום) שלא קשורים לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? [23]
							18. <input type="radio"/> 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 שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות. <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת וכולל תוצאות כל הבדיקות שבוצעו
							19. מחלות: <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"/> אלצהיימר, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל
							20. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להלך ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות
							21. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, ניסיון להתאבדות? (אם כן, פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל). [27]
							22. 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 <input type="radio"/> פרט: מקום, משך החשיפה ואמצעי מיגון.
							23. 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 מחוץ לרחם
							24. * עברת לידה בניתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בניתוח המבוטחת לאישור החריג <input type="radio"/> קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכוסה <input type="radio"/> נמצאת בהיריון, מה המשקל לפני ההיריון _____ ק"ג. חתימת המבוטח לאישור החריג.
							25. כל מקרה ביטוח הקשור להיריון וללידה הנוכחיים אינו מכוסה

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

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד % _____ חתימת המבוטח/המצהיר / _____ חתימת בן/בת זוג

ד אופן התשלום סמן ב- ✓ להלן והשלם:

<input type="radio"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____	<input type="radio"/> שם המשלם אם אינו המבוטח _____ מספר הטלפון _____
רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____	חתימת המשלם _____ חתימת המבוטח _____
<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי	<input type="radio"/> באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> בהוראת קבע <input type="radio"/> קיימת בפוליסה מספר _____ ובתנאי שאתה המשלם.
סוג הכרטיס <input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ישראלכרט	שם בעל כרטיס האשראי _____ מספר כרטיס האשראי _____
אני הח"מ, נתן לכך באת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכך על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליי הרשאה הראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם יקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשרבוך זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגן החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.	חתימת בעל הכרטיס _____ תאריך _____

הצהרת המועמדים לביטוח

1. למבקשים להצטרף לתכנית: Upgrade Platinum / Upgrade

Upgrade Platinum בריאים ומרוצים.

- (א) ידוע לינו כי לצורך מימוש הכיסוי בגן ניתוח עלינו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותינו על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/חברי (ש"ב): "כללית מושלם/פלטיום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", וכן לפנות למבטח למימוש זכויותינו.
- (ב) ידוע לינו שהכיסוי מכסה את הוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקדם שב"ב אני/חברי.
- (ג) ידוע לינו כי דמי הביטוח בגן תכנית Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ב).
- (ד) למבקשים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):
- (א) ידוע לינו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/מבוסח/מ/ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", לאומית סיעודית", ולינו ביטוח סיעודי מסוג _____ מתאריך _____

של קופת החולים _____ בה אני/מבוסח/מ.

- (ב) ידוע לינו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרוב משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חדשי, רק לאחר שהמבוסח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זכאות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנחנו החתומים מטה מבקשים/בה מראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנחנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בה כי:

- (א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/רצוננו החופשי.
- (ב) התשובות המפורטות בהצגת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לענין זה, שמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/בינו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- (ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לינו שחווה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שלומה במלואה.
- (ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אני/מבוסח/מ בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות/תוספות שייקבעו בדרך הרשמה שיצורף לפוליסה.
- (ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות ששלט, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמים/על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
- (ו) ילד המבוסח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבוסח במסגרת הכיסויים על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח ויתאמו למעמדו כבוגר.

חתימת המצהיר

במקרה שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על-ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל-כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוסחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני מאשר את ההצהרות האמורות לעיל.

חתימת המועמדים/המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם מבוסח/המצהיר	מספר הזהות	חתימה
מבוסח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים:				

ילד מעל גיל 18:

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג ילד מעל גיל 18

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- (א) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
- (ב) 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 וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל ענין הקשור ו/או הנוגה להצטרפותי לפוליסה ולכל ענין הקשור בימי מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.
- אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותי/כמפורט לעיל, על-ידי חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע על-ך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.

חתימת מבוסח ראשי / המצהיר בשם המועמדים	חתימת בן/בת זוג	חתימת ילד מעל 18

החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?

האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידרים שבתוקף:

- (א) עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? לא כן
- (ב) כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? לא כן

אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישור ולחתימתך.

חתימת מבוסח ראשי / המצהיר	חתימת בן/בת זוג	חתימת ילד מעל 18

הצהרת הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים/פרטי/קבוצתי)

אני מאשר כי הבהרתי למועמדים/לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותם/מבוסח/מ בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי. כמוכן הסברתי למועמדים/לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden Care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיה/זכאי/ם לתגמול סיעודי על-פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמדים/לביטוח, שנמסרו לינו אישית על-ידי/ם, ולמיטב הבנתי למועמדים/לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.

חתימת הסוכן	שם הסוכן	תאריך