

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
 הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
 This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and accurately

(טופס למעסיק ולסוכן)

מהדורת 06/2025

Attn.
 Harel Insurance Company Ltd.
 Foreign Employees / Tourists Insurance Section
 3 Abba Hillel Street, PO. Box 10951, Ramat-Gan 5252202, Fax: 03-7348083
 email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד
 הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים
 אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן 5252202, פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
אריק רוזן		63187	
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

You must provide a full and honest answer to questions regarding an essential matter. Insofar as you do not do so, this may affect the payment of the insurance benefits.
 The policy documents will be sent to you at the cellphone number and e-mail held by the Harel Company. Alternatively, if you wish to receive these documents by Israel Post, please note this here:
 (The documents will be sent according to the updated details that appear in our records at the time of shipment).
 For your information, you can change your choice at any time by any of the following means: by e-mail or by calling Harel's service call center.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
 מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד ולדוא"ל הקיימים ברשות חברת הראל.
 לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנה ציין זאת כאן
 (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).
 לידיעתך, הנך יכול לשנות את בחירתך בכל עת בכל אחד מהאמצעים הבאים: דואר אלקטרוני או שיחה טלפונית עם מוקד השירות של הראל".

A Insurance applicant personal details				א פרטי המועמד לביטוח			
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance ארץ הנפקת דרכון	Passport No. מס' דרכון			
Country of origin ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטוח	Gender מיין זכר / נקבה				
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת						
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל							
Zip code מיקוד	Town עיר	Apartment No. מס' דירה	House No. מס' בית	**Street רחוב			
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים			Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון			

*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.
 *לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
 **I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	ב העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/>
Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/>	Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>

C Provider selection	ג בחירת ספק שירות
<input type="checkbox"/> Maccabi Health Services	<input type="checkbox"/> מכבי שרותי בריאות
<input type="checkbox"/> Clalit Health Services	<input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית



Studio Harel 4408955 06/2025

D	Details of previous insurance policies	פרטי ביטוח קודמים	ד
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:		האם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר מספק שירותי בריאות:	
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name	שם החברה
From	מתאריך	Policy No.	מס' פוליסה
To	עד תאריך	Membership No.	מס' חבר

E	Details of policyholder / present employer	פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	ה
Name of Employer / Policyholder	שם	ID number	מס' ת.ז.
E-mail for receipt of notices, information and mailings דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים		Address of Employer	כתובת
		Cellphone No.	מס' טלפון נייד

F	Privacy	פרטיות	ו
<p>הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.</p> <p>פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.</p> <p>Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") collect information for the purpose of enrollment in products, providing services, operation and management of product lifecycles, handling of claims, payments and processes, managing and improving the business and services that Harel provides, compliance with the law, customizing and offering products and services based on personal characteristics and for other legitimate purposes. Generally, you are under no legal obligation to provide information, however choosing not to provide information may make it impossible for us to assess a request and provide a service. The information will be transferred to the insurance agent (if there is one) so that the agent can deal with requests and regarding all aspects of the management and operation of products and services, as well as to service providers and other third parties who are authorized to receive the information, in connection with these purposes.</p> <p>Additional information about the privacy policy is available on the Harel website, including the methods of communication with the Data Protection Officer in Harel, information about the right of inspection and alteration as well as the right to opt out of direct mailing, can be found via the following link: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.</p>			

G	Website to Find Insurance Products	ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח	ז
<p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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 הפוליסה. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז 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. 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.</p> <p>The Capital Market, Insurance and Savings Authority has set up a secure website to where users can view a summary of their insurance products in all the insurance companies in Israel, based on a database that we provide them. If you are not interested in having your data provided to the Capital Market Authority, you must contact our company after you are added to the policy.</p> <p>For your information, if the data is not provided, you will not be able to view a summary of your insurance products in all the insurance companies in Israel on the secure website. You may submit a request to remove the said information in your personal area on our website, www.harel-group.co.il</p> <p>Please note that submission of such a request to remove your information applies to existing and future policies. Thus, if you previously notified us that you do not want us to provide the data, it will not be provided regarding this policy.</p>			

H	Calculation of Insurance Premium	חישוב דמי ביטוח	ח
Total insurance premium in ₪	סה"כ דמי ביטוח ב-₪	Discounts	הנחה
		No. of days covered by the insurance	מס' ימים לביטוח
		Daily cost in ₪	עלות יומית ב-₪

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

Signature of the Employer		חתימת המעסיק	
Stamp & signature of the employer	חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק
		Date	תאריך

I	ט
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	
..... ת"ז	שם
..... תאריך חתימה
..... חותמת	מס' רישיון

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 צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת/ים לצרכי/הם, ומסרתי ל/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

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

Agent's Statement of Compliance with Instructions of the Insurance Commissioner's Circular on the Matter of Joining an Insurance Plan:

I confirm that in the process of selling the products specified in this Form of Joining, I complied with all the instructions of the Commissioner of Insurance in the Matter of Joining an Insurance Plan, and specifically, I inquired about the needs of the candidates, I proposed insurance and/or additional coverage, a rider or a service letter to the existing insurance policy that meet/s his/her/their needs and I gave him/her/them all the essential information required

Date..... Name of agent..... Signature of agent.....

K Payment by credit card - Collection dates

according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company

תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

You can pay in several installments according to the insurance period: ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days	מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	6

דמי ביטוח ישולמו ללא תוספת הצמדה, ובלבד שאלו ישולמו בלא יותר מ-3 תשלומים חודשיים שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח. דמי ביטוח שישולמו ב-4 תשלומים חודשיים או יותר, יישאו הפרשי הצמדה למדד המחירים לצרכן, מיום תחילת תקופת הביטוח ועד התשלום בפועל.

The insurance fees will be paid without the addition of linkage, as long as they are paid in no more than 3 equal consecutive monthly installments from the beginning date of the insurance.

Insurance fees that are paid in 4 or more monthly installments will be subject to linkage to the consumer price index from the beginning date of the insurance period and the actual payment.

Insurance applicant personal details פרטי המועמד לביטוח

Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון
-----------	----------	------------	---------	--------------	------------

Provision of credit card holder פרטי המשלם

ID number	מס' ת.ג.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
-----------	----------	------------	---------	-----------	----------

Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס
-----------	----------	----------	-----------

Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Zip Code	מיקוד	Town	יישוב	St. and house No.	רחוב ומספר
---------------	----------------	----------	-------	------	-------	-------------------	------------

Email דוא"ל

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של הפוליסה והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש ו/או הארכה ו/או שינוי ו/או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותי להודיע לחברה במייד על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותי לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלום דמי הביטוח בפוליסה.

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. נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח/ המוטב/ בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.

לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיימים בפוליסה.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

I, the undersigned, hereby declare the correctness of the items in the section above and my consent that the above-mentioned payments will be made for the said Insured. The amounts and dates of the debit will be in accordance with the determination of the Company as per the terms of payment of the Policy and the changes applied to them from time to time. I know that this consent of mine will be valid for any renewal and/or extension and/or change and/or addition made in the Policy; that it is my responsibility to notify the Company immediately of any change in the details of the Payer and/or of cessation of payment and that the Company will not be responsible for refund of a payment in the case that said notification was not received. It was also made clear to me that I may contact customer services of the Company at any time and notify regarding changes in the matter of my consent to payment of the insurance fees in the Policy.

Any refund of insurance fees will be executed by means of the means of payment with which the Policy was paid, unless for some technical reason or other consideration of the Company it is decided that the insurance fees will be refunded to the Insured. We emphasize that any other payment that the Company is to pay by force of the Policy will be executed to the order of the Insured/the beneficiary/the Policyholder (as relevant to the case) only, subject to the instructions of the law. For your information, if an insurance fee payment is not honored by the credit card company/bank, the collection fees charged the Company for charging you again, insofar as it is charged, will be collected through the existing means of payment for the Policy.

This permission will also be valid for debiting a card that is issued and bears a different number, as a replacement for the card the number of which is noted on this form.

.....
 Signature of the credit card holder / חתימת בעל כרטיס האשראי / Date / תאריך



Тиббий суғурта учун соғлиққа тааллуқли баённома - Исроилдаги хорижликлар учун



Соғлиққа тааллуқли баённоманинг ажралмас қисми бўлган ва бу ерда илова қилинган Суғурта аризасига (анкетасига) боғлиқ.
Ушбу Шакл эркаклар ва аёллар учун мўлжалланган.
Ушбу Шаклни тўғри, аниқ ва тўлиқ тўлдириг.
06/2025 й. нашри.

Диққат
Harel Insurance Company Ltd. - Хорижий ходимлар/Сайёҳларни (туристларни) суғурта қилиш бўлими
3 Abba Hillel St., P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802., Факс: 03-7348083 эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il.

A Суғурта талабгори тўғрисида маълумотлар

Паспортингиз рақами	Фамилиянгиз	Исмингиз	Туғилган сана	Жинсингиз <input type="checkbox"/> Эркак <input type="checkbox"/> Аёл
---------------------	-------------	----------	---------------	--

Ушбу Соғлиққа тааллуқли баённомада сиз тегишли жавобнинг устунига "V" ни белгилаб қуйидаги саволларга жавоб беришингиз керак. Агар бирор бир саволга жавобингиз "Ҳа" бўлса, даволовчи шифокорингиздан тегишли муаммо, таҳлил натижалари, даволаниш тартиби ва ҳозирги ҳолатни тавсифловчи маълумотнома (ҳужжат) тақдим этинг.

A бўлими: Умумий саволлар		Ҳа	Йўқ
1.	Бўйингиз см ларда: Вазнингиз кг ларда:		
2.	<input type="checkbox"/> Сиз гиёҳванд моддалардан фойдаланасизми ёки фойдаланганмисиз? <input type="checkbox"/> Сиз алкоғолли ичимликларни мунтазам равишда ичасизми ёки ичиб келганмисиз? Истеъмом қилиш миқдорини белгиланг: кунига стакан.		
3.	Охириги 10 йил давомида сиз қуйидаги тиббий текширувлардан (одатий текширувлардан ташқари) бирортасига йўлланганмисиз, аммо ҳали ўтмагансиз ёки якуний ташхис ҳали қўйилмаган: сурункали касалликлар, зонд (катетер) ёрдамида текширув, суякларни хариталаш, эхокардиография, МРТ, КТ, ультратовуш (одатий ҳомиладорликда ўтказиладиган текширувлардан ташқари), биопсия, яширин қоннинг борлиги, колоноскопия ёки гастроскопия, аутоиммун касалликлар жумладан, тери сили (туберкулёзи) (агар "Ҳа" бўлса, текширувни бажариш сабаби, текширув натижалари ва якуний ташхисни кўрсатган ҳолда даволовчи шифокорингиздан маълумотнома топширинг).		
4.	Сиз ҳозир ёки охириги 10 йил давомида жарроҳлик/трансплантация амалиётидан ўтиш арафасида бўлганмисиз? Илтимос батафсил баён қилинг:		
5.	Охириги 10 йил ичида сиз касалхонага ётқизилганмисиз? Илтимос, касалхонага ётқизиш сабабини ва олган даволанишларингизни батафсил баён қилинг.		
6.	Охириги 10 йил давомида сиз дори-дармонларни мунтазам равишда қабул қилганмисиз ёки сизга қабул қилиш тавсия қилинганми? Сиз даволанаётган/даволанган муаммони, ўтган даволанишни ва қанча вақтдан бери юқорида айтган дори-дармонларни қабул қилганингизни батафсил баён қилинг.		
7.	Сизга аллергияга чалинган деб ташхис қўйилганми? Илтимос батафсил баён қилинг:		

Б бўлими: Сизга қуйида кўрсатилган муаммолардан бири ёки бир нечтаси билан боғлиқ бирон бир касаллик, синдром, хасталик ташхиси қўйилганми:

1.	<input type="checkbox"/> Асаб тизими: <input type="checkbox"/> Мияга қон қўйилиши (инсульт) <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Паришонхотирлик склерози <input type="checkbox"/> Мушак дистрофияси ёки бошқа атрофик касаллик <input type="checkbox"/> Такрорланадиган бош айланиши <input type="checkbox"/> Бош оғриқлар <input type="checkbox"/> Мувозанат бузилиши <input type="checkbox"/> Ҳушидан кетиш <input type="checkbox"/> Паркинсон синдроми <input type="checkbox"/> Альцгеймер касаллиги <input type="checkbox"/> Титроқ <input type="checkbox"/> Ақлий ривожланишда орқада қолиш (олигофрения) <input type="checkbox"/> Аутизм (одамовилик) <input type="checkbox"/> Полиомиелит (чақалоқ фалажи) <input type="checkbox"/> Гоше касаллиги <input type="checkbox"/> Сизгининг йўқолиши (увушиш) <input type="checkbox"/> Диққат етишмовчилиги хасталиги (синдроми) <input type="checkbox"/> Мигрень <input type="checkbox"/> Хотиранинг пасайиши (деменция) <input type="checkbox"/> ОИТС <input type="checkbox"/> ОИВ ташувчиси (тарқатувчиси) сифатида <input type="checkbox"/> Тери силидан шикоят қилиб шифокорга мурожаат қилганмисиз Агар юқоридаги саволлардан бир ёки бир нечтасига "Ҳа" деб жавоб берилган бўлса, даволовчи неврологингиз (невропатологингиз)дан жорий долзарб хатини илова қилинг.		
2.	Кўзлар ва кўриш қобилияти: <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Тўр парда ва мугуз парда муаммолари муаммолар <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Кўзнинг яллиғланиши <input type="checkbox"/> Ғилайлик <input type="checkbox"/> Кўрлик Бошқа кўз касаллиги/муаммоси борми: <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг (кайси касаллик ёки муаммолиги курсатинг):		
3.	Юрак: <input type="checkbox"/> Юрак аритмиялари <input type="checkbox"/> Юрак касаллиги <input type="checkbox"/> Юрак етишмовчилиги <input type="checkbox"/> Юрак хуружи <input type="checkbox"/> Туғма юрак нуқсони <input type="checkbox"/> Катетерланган <input type="checkbox"/> Юрак клапани касалликлари, бошқа юрак касалликлари/муаммолари: <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
4.	Қон томирлари: <input type="checkbox"/> Варикоз веналар (оёқ веналарида) <input type="checkbox"/> Каротид артерия (бўйин артерияларида) <input type="checkbox"/> Қон қўюлишининг бузилиши <input type="checkbox"/> Чуқур веналар тромбози қон касаллиги (Тромбоз) <input type="checkbox"/> ПҚТК (Периферик қон томир касаллиги), бошқа қон томир касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		

StudioHarel 47550.32 07/2025



^dt33539

A Суғурта талабгори тўғрисида маълумотлар

B бўлими: Сизга куйида кўрсатилган муаммолардан бири ёки бир нечтаси билан боғлиқ бирон бир касаллик, синдром, хасталик ташхиси қўйилганми:		Ҳа	Йўқ
5.	Метаболик касалликлар: <input type="checkbox"/> Қалқонсимон без <input type="checkbox"/> Лимфа тугуни <input type="checkbox"/> Тупук беzi <input type="checkbox"/> Тер беzi <input type="checkbox"/> Гипофиз беzi <input type="checkbox"/> Қандли диабет <input type="checkbox"/> Гипертензия (Юқори қон босими) <input type="checkbox"/> Юқори микдорда ёғлар/холестерин, бошқа метаболик касалликлар/муаммолар <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
6.	Нафас олиш тизими: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Сил (туберкулёз) <input type="checkbox"/> ЎСОК (ўпкаларнинг сурункали обструктив касаллиги) <input type="checkbox"/> Аллергик риноконъюнктивит <input type="checkbox"/> Такрорий респиратор инфекциялар ва нафас қисилиши <input type="checkbox"/> Ўпка коллапси (Пневмоторакс) <input type="checkbox"/> Кистали фиброз Бошқа нафас олиш тизими касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
7.	Овқат ҳазм қилиш тизими: <input type="checkbox"/> (Ўн икки бармоқли ичак/ошқозон) яраси <input type="checkbox"/> Жиғилдон қайнаши <input type="checkbox"/> Крон касаллиги <input type="checkbox"/> Колит <input type="checkbox"/> Кекириш (рефлюкс) <input type="checkbox"/> Геморрой <input type="checkbox"/> Ёриқ/Тешик <input type="checkbox"/> Ичак ўтказмаслиги <input type="checkbox"/> Ошқозон ости беzi касалликлари/инфекциялари <input type="checkbox"/> Қизилўнғач <input type="checkbox"/> Ўт пуфаги <input type="checkbox"/> Ўт пуфагида тошлар Овқат ҳазм қилиш тизимининг бошқа касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
8.	Жигар: <input type="checkbox"/> Сарик касали <input type="checkbox"/> Гепатит Б, С, Д <input type="checkbox"/> Жигарни ёғ босиши <input type="checkbox"/> Цирроз, Овқат ҳазм қилиш тизимининг бошқа касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
9.	Чурра (дабба): Чурра жойлашган жой: Диафрагмада/киндикда/ўнг човда (чатанда)/чап човда Чуррани даволаш учун операция қилинганмисиз? <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, қачон (сана)? Муаммо бартараф қилинганми? <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа		
10.	Бўйрак ва сийдик йўллари: <input type="checkbox"/> Такрорланувчи инфекциялар <input type="checkbox"/> Бўйракда ва сийдик йўлларида тошлар <input type="checkbox"/> Бўйрак кисталари <input type="checkbox"/> Сийдик йўлларидаги аномалиялари (хасталиги) <input type="checkbox"/> Бўйрак етишмовчилиги, бошқа бўйрак ва сийдик йўлларидаги касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг: касаллиги/муаммо		
11.	Бўғимлар ва суяклар: <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Орқа / умуртқа пағонаси <input type="checkbox"/> Бўғимлар <input type="checkbox"/> Тиззалар Бошқа бўғим ва суяклар касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
12.	Тери ва таносил касалликлари: <input type="checkbox"/> Тери ўсмалари (шишлари) <input type="checkbox"/> Тери хасталиклари <input type="checkbox"/> Псориаз <input type="checkbox"/> Таносил йўл билан юқадиган касалликлар <input type="checkbox"/> Сифилис Бошқа тери ва таносил касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
13.	Хатарли ўсмалар (шишлар)/касалликлар (саратон касаллиги, рак).		
14.	Аёллар учун: <input type="checkbox"/> Кўкраклар (шу жумладан, кўкракларнинг катталашishi) <input type="checkbox"/> Гинекологик тизим касаллиги/бошқа аёллик муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
	<input type="checkbox"/> Ҳомиладормисиз? <input type="checkbox"/> Сиз кесар кесими ёрдамида туққанмисиз? <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, агар "Ҳа" бўлса, қачон бўлганини (санасини) кўрсатинг:		
15.	Эркаклар учун: <input type="checkbox"/> Простата муаммолари <input type="checkbox"/> Варикоцеле/Гидроцеле Бошқа эркаклар касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, бор, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		
16.	Руҳий касалликлар: Психолог (руҳшунос), психиатр ёки оилавий шифокор томонидан ташхис қўйилган руҳий касаллик.		
17.	Бурун, кулоқ ва томоқ касалликлари: <input type="checkbox"/> Уйқуда апноэ (нафас олишнинг тўхташи) синдроми <input type="checkbox"/> Бурун полипи <input type="checkbox"/> Синусит Бошқа бурун, кулоқ ва томоқ касаллиги/муаммоси <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, бор агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:		

Тафсилотларни тақдим этинг:

B Олдинги суғурта полислари тафсилотлари

(Ҳарел) ёки бошқа бирон бир суғурта компанияси томонидан суғурталанганмисиз? <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа Ҳа бўлса, компанияни ва полис рақамини/соғлиқни сақлаш ташкилотига аъзолик рақамини кўрсатинг:				
Суғурта муддати	Компания номи	Полис (Суғурта шартномаси) рақами	Аъзолик рақами	
.....дангача			

B Вакилнинг ишончномаси (Вакилга бериладиган ваколатнома)


Мен ушбу билан Полис бўйича суғурта вакилим, жаноб/хоним га, Полисга оид ҳар қандай масалани, шу жумладан, Полисга киритиш жараёни, тўлай олиш лаёқатини баҳолаш тартиб-қоидалари, Полисни янгилаш ёки қўшимча муддатларга узайтириш, даъво, ўзгартиришлар тақдим этиш ва Полис бўйича бошқа ҳаракатларни менинг номимдан ва мен учун олиб боришига ваколат бераман. Бу юқорида айтилган масалаларга тааллуқли барча ёзишмалар ва/ёки ҳужжатларни "Narel"га тақдим қилиш ва "Narel"дан олишни ўз ичига олади. Мен ушбу билан суғурта вакили Полисга оид ҳар қандай масалада менинг вакилим бўлиб хизмат қилишига розилигимни бераман ва суғурта агентлигига у томонидан талаб қилинадиган барча маълумотларни, Полис билан боғлиқ ҳар қандай ҳаракатларда, шу жумладан, мен Narelда суғурталанган бошқа Полислар тафсилотларини юборишига рухсат бераман, гарчи бу полислар бўйича мазкур менинг шарномамга кўра ваколат берилаётган вакил улар билан шуғулланувчи вакил бўлмасада.

.....

Сана ФИО Суғурталанувчининг имзоси

Маълумотингиз учун, даъвога тааллуқли барча ёзишмалар ва/ёки ҳужжатларнинг нусхалари сизнинг Полис бўйича суғурта вакилингизга ҳар қандай ҳолда жўнатилади.

Г Суғурта номзодининг баёноти

1.	<p>Мен, куйида имзо чекувчи, ушбу билан Harel Insurance Company Ltd. (бундан кейин "Суғурталовчи/Компания/Harel") ни мазкур таклифда айтилганларга асосан мени суғурталашни сўрайман.</p> <p>(а) Махфийлик Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") махсулотларга рўйхатдан ўтиш, хизматлар тақдим этиш, махсулотларнинг ҳаёт даврини ишлатиш ва бошқариш, даъволар, тўловлар ва жараёнлар билан ишлаш, Harel тақдим этадиган бизнес ва хизматларни бошқариш ва такомиллаштириш, қонунчиликка риоя қилиш, шахсий хусусиятларга асосланган махсулот ва хизматларни соzлаш ва таклиф қилиш ва бошқа қонуний мақсадлар учун маълумот тўплайди. Умуман олганда, сиз маълумотни тақдим этиш учун қонуний мажбуриятга эга эмассиз, аммо маълумот беришдан воз кечиш сўровни баҳолаш ва хизматни тақдим этишимизга имкон бермайди. Маълумотлар суғурта агентига (агар мавжуд бўлса) у сўровларни кўриб чиқа олиши ва махсулот ва хизматларни бошқариш ва ишлатишнинг барча жиҳатлари бўйича, шунингдек, ушбу мақсадлар муносабати билан хизмат кўрсатувчи провайдерларга ва маълумотни олишга ваколатли бўлган бошқа учинчи шахсларга юборилади. Махфийлик сиёсати ҳақида қўшимча маълумот Harel веб-сайтида мавжуд, шу жумладан Harel даги маълумотларни ҳимоя қилиш ходими билан алоқа усуллари, текшириш ва ўзгартириш ҳуқуқи, шунингдек, бевосита почта орқали юборишдан воз кечиш ҳуқуқи тўғрисидаги маълумотларни куйидаги ҳавола орқали топиш мумкин: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.</p> <p>(б) Мен ушбу билан барча жавобларнинг тўғри ва тўлиқ эканлигини ва ўз ихтиёримга кўра тақдим этилганлигини баён қиламан (тасдиқлайман).</p> <p>(в) Соғлигингиз ҳақидаги баёнотда кўрсатилган жавоблар ва Компанияга тақдим этилган бошқа ҳар қандай маълумотлар, шунингдек, Компаниянинг бу масалага оид одатий шартлари сиз ва Компания ўртасидаги суғурта шартномасининг асосий шартлари бўлиб хизмат қилади ва унинг ажралмас қисмини ташкил этади.</p>
2.	<p>Вафот этган тақдирда фойда олувчилар (бенефициарлар) Сиз "Вафот этган тақдирда бенефициарларни янгилаш/ўзгартириш аризаси" шаклидан фойдаланиб, бенефициарларни тайинлашингиз мумкин. Бенефициарлар тайинланмаган бўлса, пул суммалари қонун бўйича қонуний меросхўрларга мерос ёки васият қилиш тартибига кўра тўланади.</p>
3.	<p>(Полисга) Аъзо бўлиш тартиби: Компания таклифни қабул қилиш ёки рад этиш ҳақида қарор қабул қилиш ҳуқуқига эга. Маълумотингиз учун, суғурта шартномаси Компания суғуртага номзодни қабул қилинганлиги ҳақидаги ёзма тасдиқни берганидан кейингина кучга киради. Агар кейинги қайта ишлаш шартларни, тўлай олиш лаёқатини баҳолаш ва суғуртага қабул қилишни тушунтиришни талаб қилса, суғурта номзоди учун полис берилмайди ва суғурта номзоди бўйича тартиб-тамойиллар яқунлангунга қадар кучга кирмайди.</p>
4.	<p>(а) Мен ушбу таклифнинг бошида тафсилотлари келтирилган полис бўйича менинг суғурта вақилимга тўлай олиш лаёқатини баҳолаш ва суғуртага аъзо бўлиш билан боғлиқ барча ёзишмалар ва/ёки ҳужжатларни менинг номимдан ва мен учун Harelга топширишга ва Harelдан олишга ваколат бераман.</p> <p>(б) Ушбу таклифда сўралган суғурта режаларининг суғурта полиси ушбу таклифнинг бошида тафсилотлари келтирилган вакил орқали менга етказилишига розиман.</p> <p>(в) Агар сиз полисни ва/ёки маълумотларни шунингдек тўғридан-тўғри тўлай олиш лаёқатини баҳолаш ва суғуртага аъзо бўлиш тартиби доирасида олишни истасангиз, Harelга исталган вақтда (* 2735) рақами орқали боғланишингиз мумкин.</p>
5.	<p>Мен ушбу билан суғурта бўйича энг камида у қоплайдиган асосий элементлар, суғурта мукофоти, суғурта муддати, асосий суғурта суммалари ва жавобгарликнинг асосий чекловлари ва улар ҳақида тўлиқ маълумот олиш имкониятимни ўз ичига олган муҳим маълумотларни олганимни тасдиқлайман.</p>
6.	<p>Реклама материалларини юбориш</p> <p>(а) Компаниядан реклама материалларини олиш тўғрисида билдиришнома: Сиз тақдим этган маълумотлар Компания томонидан реклама материалларини электрон почта, автоматик телефон қилиш тизими (автоматик териш воситаси) орқали ёки матнли хабарлар (СМС) орқали юбориш учун ишлатилади. Сиз исталган вақтда обунани бекор қилишингиз мумкин, куйидаги манзилда: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB; unsubscribe1@harel-ins.co.il; *2735 рақамини териш орқали; ёки куйидаги QR-код орқали:</p>  <p>(б) Қўшимча реклама материалларини олишга розилик бериш: <input type="checkbox"/> Юқорида айтиб ўтилган хабарим асосида Компания менга юбориши мумкин бўлган рекламаларга қўшимча равишда, мен шунингдек барча Harel Group компаниялари, уларнинг бизнес ҳамкорлари ва учинчи томонлардан хизматлар ва махсулотлар тўғрисидаги реклама материалларини электрон почта, автоматик териш воситаси ёки СМС орқали олишни истайман. * Harel Group – Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. ва унинг филиаллари. Эътибор беринг – Ўзингиз афзал кўрган вариантни белгилашнингиз Компаниядан реклама материалларини олишдан воз кечиш ҳисобланмайди (юқоридаги А бўлимда кўрсатилганидек) ва бу ҳар қандай олдинги розиликни бекор қилмайди. Сиз исталган вақтда розилингиз ҳақидаги фикрингизни ўзгартиришингиз мумкин.</p>
7.	<p>Бирон бир суғурта компанияси сизнинг тиббий суғуртага аризангизни қабул қилмаган ёки бекор қилганми <input type="checkbox"/> Йўқ <input type="checkbox"/> Ҳа, агар "Ҳа" бўлса, тавсифланг:</p>
8.	<p>Тиббий махфийликдан воз кечиш Мен, куйида имзо чекувчи, ушбу билан Соғлиқни сақлаш ташкилоти ва/ёки унинг тиббиёт муассасаларига, шунингдек, барча шифокорларга ва/ёки психиатрларга, тиббиёт муассасаларига ва бошқа шифохоналарга ва/ёки ҳар қандай суғурта компаниясига ва/ёки бошқа муассаса ва субъектга суғурта полиси бўйича ҳуқуқ ва мажбуриятларни аниқлаштириш учун зарур бўлган даражада ва/ёки сўралаётган суғуртага қабул қилинишимни қайта кўриб чиқиш тартиби учун, шу жумладан компания тасарруфидаги ҳар қандай маълумотлар ва тафсилотларни истисносиз ва Сўровчи томон(лар) талаб қиладиган шаклда менинг соғлигим аҳволим ҳақида, ўтмишда бўлган ва/ёки ҳозирда бор ва/ёки келажақда бўладиган ҳар қандай касаллик ҳақидаги маълумотларни Harel гуруҳига (компаниясига) беришга ва топширишга рухсат бераман, ва мен сизни тиббий махфийликни сақлаш бурчидан озод қиламан ва "Сўровчи томон" фойдасига ушбу махфийликдан воз кечаман. Бу ёзма воз кечиш мени ва менинг қонуний (юримдик) вакилларимни, шунингдек, менинг ўрнимга келадиган бошқа шахсни мажбурият билан боғлайди.</p>

Суғуртага номзод ушбу Соғлиқ ҳолати тўғрисидаги баённома шаклини унинг мазмунини у яхши биладиган тилда тушунтиришларни олганидан кейин имзолади.

Сана

Суғурта номзодининг имзоси

Гувоҳ имзоси

StudioHarel 47550.32 07/2025