

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 מ"ל: 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	<input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
Date of entry to Israel	תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested	From	מתאריך	To	עד תאריך	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
E-mail for personal notifications and mailings				דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Telephone No.

*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. **ידוע לי ואני מסכים לכך שככל שלא אמלא כתובת - 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



StudioHarel 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 צירופך לפוליסה. 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 הקיים 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.

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



ჯანდაცვის დეკლარაცია სამედიცინო დაზღვევისთვის – ისრაელში მყოფი უცხოელებისთვის

თანდართული დაზღვევის განაცხადის საფუძველზე, რომელიც ჯანდაცვის დეკლარაციის განუყოფელი ნაწილია. ეს ფორმა თანაბრად ეხება როგორც ქალებს, ასევე მამაკაცებს. გთხოვთ, ყურადღება მიაქციოთ, რომ ეს ფორმა ზუსტად და სრულყოფილად იყოს შევსებული. გამოცემა 06/2025

მის.
Harel Insurance Company Ltd. – უცხოელი თანამშრომლების / ტურისტების დაზღვევის განყოფილება
3 Abba Hillel St., POBox 1951, Ramat Gan 5211802, ფაქსი: 03-7348083 ელ. ფოსტა: fax7930@harel-ins.co.il.

A დაზღვევის განმცხადებლის დეტალები					
პასპორტის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი	სქესი <input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედრ	
ამ ჯანდაცვის დეკლარაციაში თქვენ უნდა გასცეთ შემდეგ კითხვებზე პასუხი „✓“-ის მონიშვნით შესაბამის სვეტში. თუ რომელიმე კითხვაზე პასუხი არის „დიახ“, თქვენ უნდა დართოთ ექიმის განახლებული ცნობა, რომელიც მოიცავს პრობლემის აღწერას, კვლევების შედეგებს, მკურნალობის მეთოდსა და ამჟამინდელ მდგომარეობას.					
ნაწილი A: ზოგადი შეკითხვები				დიახ	არა
1.	სიმაღლე სმ-ში: წონა კგ-ში:				
2.	<input type="checkbox"/> მოხმართ თუ მოხმარდით ნარკოტიკებს? <input type="checkbox"/> რეგულარულად სვამთ თუ სვამდით ალკოჰოლურ სასმელებს? გთხოვთ მიუთითოთ მოხმარების რაოდენობა: ჭიქს დღეში.				
3.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, მიმართული იყავით თუ არა რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევის გასავლელად (გეგმიური შემოწმების გარდა), რომელიც ჯერ არ ჩაატარებიათ ან ჯერ არ დაგიდგინდათ საბოლოო დიაგნოზი, როგორცაა: ქრონიკული დაავადებები, კათეტერიზაცია, ძვლების რუკის შემადგენლობა, ექოკარდიოგრაფია, მრტ, კტ, ულტრაბგერა (რეგულარული ორსულობის კვლევის გარდა), ბიოფსია, ფარული სისხლდენა, კოლონოსკოპია ან გასტროსკოპია, აუტოიმუნური დაავადებები, მათ შორის ერთემატოზური მგლურა? (თუ პასუხია „დიახ“, გთხოვთ, დართოთ მკურნალი ექიმის ცნობა, სადაც მითითებულია კვლევის ჩატარების მიზეზი, კვლევის შედეგები და საბოლოო დიაგნოზი).				
4.	ახლა ან ბოლო 10 წლის განმავლობაში გეგმავდით თუ არა ოპერაციის / ტრანსპლანტაციის ჩატარებას? გთხოვთ, დანვრილებით აღწერეთ:				
5.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თუ ყოფილხართ ჰოსპიტალიზებული? გთხოვთ, დეტალურად აღწერეთ ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი და მიღებული მკურნალობა.				
6.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თუ რეგულარულად იღებდით ან რეკომენდირებული გქონდათ მედიკამენტების რეგულარული მიღება? გთხოვთ, დანვრილებით აღწერეთ ის პრობლემა, რაზეც მკურნალობდით / მკურნალობთ, მედიკამენტი და რამდენი ხნის განმავლობაში იღებდით აღნიშნულ მედიკამენტებს.				
7.	დაგიდგინდათ თუ არა რაიმე ალერგიის დიაგნოზი? გთხოვთ დანვრილებით აღწეროთ:				
ნაწილი B: გქონიათ თუ არა მანამდე რაიმე დაავადების, სინდრომის ან აშლილობის დიაგნოზი, რომელიც ეხება ქვემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს:					
1.	<input type="checkbox"/> ნერვული სისტემა <input type="checkbox"/> ტვინის სისხლძარღვოვანი ინციდენტი (ინსულტი) <input type="checkbox"/> ეპილეფსია <input type="checkbox"/> გაფანტული სკლეროზი <input type="checkbox"/> კუნთოვანი დისტროფია ან სხვა ატროფიული დაავადება <input type="checkbox"/> განმეორებადი თავბრუსხვევა <input type="checkbox"/> თავის ტკივილი <input type="checkbox"/> წონასწორობის აშლილობა <input type="checkbox"/> გონების დაკარგვა <input type="checkbox"/> პარკინსონის სინდრომი <input type="checkbox"/> ალცჰაიმერის დაავადება <input type="checkbox"/> თრთოლვა <input type="checkbox"/> გონებრივი ჩამორჩენილობა აუტიზმი <input type="checkbox"/> დაუნის სინდრომი <input type="checkbox"/> ცერებრალური დამბლა <input type="checkbox"/> პოლიომიელიტი (ბავშვთა დამბლა) <input type="checkbox"/> გოშერის დაავადება <input type="checkbox"/> მგრძნობელობის დაკარგვა (დაბუყება) <input type="checkbox"/> ყურადღების დეფიციტის აშლილობა <input type="checkbox"/> შაკიკი <input type="checkbox"/> ექიმს თუ მიმართეთ მენსიურების დაქვეითების ჩივილების (დემენცია) <input type="checkbox"/> შიდსის <input type="checkbox"/> აივ-ის მატარებლის <input type="checkbox"/> ერთემატოზური მგლურის გამო თუ ზემოთ მოცემულ ერთ ან მეტ კითხვაზე პასუხია „დიახ“, გთხოვთ, დართოთ ნევროლოგის განახლებული ცნობა.				
2.	თვალეები და მხედველობა: <input type="checkbox"/> კატარაქტა <input type="checkbox"/> ბადურისა და რქოვანას <input type="checkbox"/> პრობლემები <input type="checkbox"/> გლაუკომა <input type="checkbox"/> თვალის ანთებები <input type="checkbox"/> სტრაბიზმი <input type="checkbox"/> სიბრმავე თვალის სხვა დაავადება / პრობლემა: <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ:				
3.	გული: <input type="checkbox"/> გულის არითმია <input type="checkbox"/> გულის დაავადება <input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა <input type="checkbox"/> გულის შეტევა <input type="checkbox"/> თანდაყოლილი გულის დეფექტი <input type="checkbox"/> კათეტერიზაცია <input type="checkbox"/> გულის სარქველის დაავადებები, გულის სხვა დაავადება / პრობლემა: არა დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:				
4.	სისხლძარღვები: <input type="checkbox"/> ვარიკოზული ვენები (ფეხების ვენებს შორის) <input type="checkbox"/> კაროტიდული არტერია (კისრის არტერიებში) <input type="checkbox"/> კოაგულაციის დარღვევები <input type="checkbox"/> სისხლის დაავადება DVT (თრომბოზი) <input type="checkbox"/> PVD (პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება), სხვა სისხლძარღვთა დაავადება/ პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასე				

Studio Harel 4/7550_31 07/2025



A დაზღვევის განმცხადებლის დეტალები		
ნაწილი B: გქონიათ თუ არა მანამდე რაიმე დაავადების, სინდრომის ან აშლილობის დიაგნოზი, რომელიც ეხება ქვემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს:	დაიხ	არა
5. მეტაბოლური დაავადებები: <input type="checkbox"/> ფარისებრი ჯირკვალი <input type="checkbox"/> ლიმფური კვანძი <input type="checkbox"/> ნერწყვის ჯირკვალი <input type="checkbox"/> საოფლე ჯირკვალი <input type="checkbox"/> ჰიპოფიზი <input type="checkbox"/> დიაბეტი <input type="checkbox"/> ჰიპერტენზია <input type="checkbox"/> ცხიმებისა და ქოლესტერინის მაღალი დონე, სხვა მეტაბოლური დაავადებები / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
6. სასუნთქი სისტემა: <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ტუბერკულოზი <input type="checkbox"/> COPD (ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) <input type="checkbox"/> ალერგიული რინიტი <input type="checkbox"/> სასუნთქი გზების განმეორებადი ინფექციები და სუნთქვის უკმარისობა <input type="checkbox"/> ფილტვის ჩაშლა <input type="checkbox"/> კისტოზური ფიბროზი <input type="checkbox"/> სასუნთქი სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
7. მომწელებელი სისტემა: <input type="checkbox"/> წყლული (თორმეტგოჯა ნაწლავი/კუჭი) <input type="checkbox"/> გულმძარვა <input type="checkbox"/> კრონის დაავადება <input type="checkbox"/> კოლიტი <input type="checkbox"/> რეფლუქსი <input type="checkbox"/> ბუასილი <input type="checkbox"/> ბზარი / ფისტულა <input type="checkbox"/> ნაწლავის ობსტრუქცია <input type="checkbox"/> პანკრეასის დაავადებები / ინფექციები <input type="checkbox"/> საყლაპავი <input type="checkbox"/> ნაღვლის ბუშტი <input type="checkbox"/> ნაღვლის ბუშტის ქვები <input type="checkbox"/> მომწელებელი სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
8. ღვიძლი: <input type="checkbox"/> ყვითელი <input type="checkbox"/> B, C, D ჰეპატიტი <input type="checkbox"/> ცხიმოვანი ღვიძლი <input type="checkbox"/> ციროზი, მომწელებელი სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
9. თიაქარი: თიაქრის ადგილმდებარეობა: დიაფრაგმაში/ ქიაში / მარჯვენა საზარდულში / მარცხენა საზარდულში. გაგიკეთებიათ თუ არა ოპერაცია თიაქრის სამკურნალოდ? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, როდის (თარიღი)? პრობლემა მოგვარდა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ		
10. თირკმელები და საშარდე სისტემა: <input type="checkbox"/> განმეორებადი ინფექციები <input type="checkbox"/> თირკმელებისა და საშარდე გზების ქვები <input type="checkbox"/> თირკმლის კისტები <input type="checkbox"/> საშარდე გზების ანომალიები <input type="checkbox"/> თირკმელების უკმარისობა, თირკმელებისა და საშარდე გზების სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
11. სახსრები და ძვლები: <input type="checkbox"/> ართრიტი <input type="checkbox"/> პოდაგრა <input type="checkbox"/> წელი / ხერხემალი <input type="checkbox"/> სახსრები <input type="checkbox"/> მუხლები სახსრებისა და ძვლების სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, მიუთითეთ:		
12. კანისა და სქესობრივი დაავადებები: <input type="checkbox"/> კანის სიმსივნეები <input type="checkbox"/> კანის დაზიანებები <input type="checkbox"/> ფსორიაზი <input type="checkbox"/> სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები <input type="checkbox"/> სიფილისი <input type="checkbox"/> კანისა და სქესობრივი სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
13. ავთვისებიანი სიმსივნეები / დაავადებები (კიბო).		
14. ქალებისთვის: <input type="checkbox"/> მკერდი (მათ შორის მკერდის გადიდება) <input type="checkbox"/> გინეკოლოგიური სისტემა, დაავადება/ სხვა ქალური პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ: <input type="checkbox"/> ხართ თუ არა ორსულად? <input type="checkbox"/> გაგიკეთებიათ თუ არა საკეისრო კვეთა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ (თარიღი):		
15. მამაკაცებისთვის: <input type="checkbox"/> პროსტატის პრობლემები <input type="checkbox"/> ვარიკოცელე / ჰიდროცელე <input type="checkbox"/> მამაკაცის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
16. ფსიქიკური დაავადებები: ფსიქიკური დაავადება, რომელიც დიაგნოზირებული იყო ფსიქოლოგის, ფსიქიატრის ან ოჯახის ექიმის მიერ.		
17. ცხვირისა და ყელ-ყურის დაავადებები: <input type="checkbox"/> ძილის აპნოეს სინდრომი <input type="checkbox"/> ცხვირის პოლიპი <input type="checkbox"/> სინუსიტი ცხვირისა და ყელ-ყურის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ, თუ „დაიხ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ:		

გთხოვთ მიუთითოთ დეტალები:

B წინა სადაზღვევო პოლისების დეტალები				
ოდესმე ყოფილხართ თუ არა დაზღვეული Harel-ის ან სხვა სადაზღვევო კომპანიის მიერ? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დაიხ				
თუ „დაიხ“, მიუთითეთ კომპანიის დასახელება და პოლისის ნომერი / ჯანმრთელობის დაზღვევის პროვაიდერის წევრობის ნომერი:				
დაზღვევის პერიოდი		კომპანიის დასახელება	პოლისის ნომ.	წევრობის ნომ.
.....თარიღიდანთარიღამდე			

C აგენტის მინდობილობა		
<p>მე ამით უფლებამოსილებას ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს, ბ-ნ/ქ-ნ, რომ წარმართოს ყველა საკითხი, რომელიც ეხება პოლისს, მათ შორის, მაგრამ არა მხოლოდ, პოლისში ჩართვის პროცესი, სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცედურები, პოლისის განახლება ან დამატებითი პერიოდების გახანგრძლივება, საჩივრების წარდგენა, ცვლილებების შეტანა და სხვა მოქმედებები პოლისის ფარგლებში, ჩემი სახელით და ჩემს სახელზე. ეს უფლებამოსილება მოიცავს ზემოხსენებულ საკითხებზე ყველა კორესპონდენციის და/ან დოკუმენტაციის წარდგენას „Harel“-ისთვის და მათ მიღებას „Harel“-ისგან. მე ამით ვადასტურებ, რომ ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს უფლებას წარმოადგენდეს ჩემს ინტერესებს ყველა საკითხში, რომელიც ეხება პოლისს, და ვიძლევ ნებართვას, რომ სადაზღვევო სააგენტოს მიერწოდოს მისთვის საჭირო ყველა დეტალი პოლისის ფარგლებში მოქმედებების შესასრულებლად, მათ შორის ინფორმაცია სხვა პოლისების შესახებ, რომლითაც მე ვარ დაზღვეული „Harel“-ში, მიუხედავად იმისა, რომ ეს პოლისები არ არის დაკავშირებული იმ აგენტთან, რომელსაც მე ამ ხელშეკრულებით ვანიჭებ უფლებამოსილებას.</p>		
.....თარიღისახელი და გვარიდაზღვეული პირის ხელმოწერა

თქვენს საყურადღებოდ: მოთხოვნასთან დაკავშირებული კორესპონდენციისა და/ან დოკუმენტაციის ასლები ნებისმიერ შემთხვევაში გადაეგზავნება თქვენს სადაზღვევო აგენტს, რომელიც პასუხისმგებელია პოლისზე.

D სადაზღვევო კანდიდატის დეკლარაცია

1. მე, ქვემოთ ხელმომწერი, ამით ვთხოვ Harel Insurance Company Ltd.-ს (შემდგომში: „დამზღვევი/კომპანია/Harel“), რომ დამაზღვიოს ამ შეთავაზებაში მითითებული პირობების საფუძველზე.

(a) **კონფიდენციალურობა**
 Harel Insurance Company Ltd. და Harel Pension and Provident Ltd. („Harel“) აგროვებენ ინფორმაციას შემდეგი მიზნებით: პროდუქტის ჩართვა; მომსახურების მიწოდება; პროდუქტის ციკლის მართვა და ფუნქციონირება; მოთხოვნების, გადახდებისა და პროცესების დამუშავება; Harel-ის ბიზნესისა და მომსახურების მართვა და გაუმჯობესება; კანონმდებლობასთან შესაბამისობა; პერსონალურ მასხასიათებლებზე მორგებული პროდუქტისა და მომსახურების შეთავაზება და სხვა ლეგიტიმური მიზნები. ზოგადად, თქვენ არ ხართ იურიდიულად ვალდებული მოგვანოდით ინფორმაცია, თუმცა ინფორმაციის არმიწოდებამ შესაძლოა შეუძლებელი გახადოს ჩვენი მხრიდან მოთხოვნის შეფასება და მომსახურების განწვევა ინფორმაცია გადაეცემა სადაზღვევო აგენტს (თუკი არსებობს), რათა აგენტმა შეძლოს მოთხოვნების დამუშავება, პროდუქტებისა და მომსახურებების მართვა და ოპერირებასთან დაკავშირებული ყველა ასპექტის შესრულება; აგრეთვე გადაეცემა მომსახურების მიწოდებებსა და სხვა მესამე პირებს, რომლებიც უფლებამოსილი არიან მიიღონ ეს ინფორმაცია ზემოხსენებულ მიზნებთან დაკავშირებით.

დამატებითი ინფორმაცია კონფიდენციალურობის პოლიტიკის შესახებ, მათ შორის Harel-ის მონაცემთა დაცვის ოფიცერთან დაკავშირების მეთოდები, მონაცემების შემოწმებისა და მათი შეცვლის უფლება, ასევე ელფოსტის პირდაპირ გაგზავნაზე უარის თქმის უფლება, ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

(b) ამით მე ვაცხადებ, რომ ყველა პასუხი ზუსტია და სრულყოფილი და მონოდებულია ჩემი თავისუფალი ნებით.

(c) ჯანმრთელობის დეკლარაციაში მითითებული პასუხები და კომპანიისთვის მიწოდებული ნებისმიერი სხვა ინფორმაცია, აგრეთვე კომპანიის ჩვეულებრივი პირობები ამ საკითხთან დაკავშირებით, იქნება სადაზღვევო ხელშეკრულების საფუძველი თქვენსა და კომპანიას შორის და წარმოადგენს მის განუყოფელ ნაწილს.

2. **ბენეფიციარები გარდაცვალების შემთხვევაში**
 თქვენ შეგიძლიათ დანიშნოთ ბენეფიციარები „განაცხადი ბენეფიციარების განახლების/შეცვლის შესახებ სიკვდილის შემთხვევაში“ ფორმის გამოყენებით. ბენეფიციარის დანიშვნის არარსებობის შემთხვევაში, თანხები გადაეცემა კანონით განსაზღვრულ მემკვიდრეებს მემკვიდრეობის ან მემკვიდრეობითი ბრძანების შესაბამისად.


3. **დაშვების პროცედურა:** კომპანიას აქვს უფლება გადაწყვიტოს, მიიღებს თუ უარყოფს ამ განაცხადს. თქვენს საყურადღებოდ: სადაზღვევო ხელშეკრულება ძალაში შევა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც კომპანია გამოსცემს წერილობით დადასტურებას იდატის დაზღვევაში მიღების შესახებ. თუ დამატებითი დამუშავებისას საჭირო გახდება პირობების დაზუსტება, სადაზღვევო რისკის შეფასება ან დაზღვევაში მიღების დადასტურება, პოლისი არ გაიცემა და არ შევა ძალაში, სანამ ყველა საჭირო პროცედურა არ დასრულდება.

4. (a) მე უფლებამოსილებას ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს, რომლის დეტალები მოცემულია ამ განაცხადის დასაწყისში, რომ წარუდგინოს Harel-ს და მიიღოს Harel-ისგან ჩემი სახელით და ჩემთვის ყველა შეტყობინება და/ან დოკუმენტი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცესთან და ამ პოლისში შემოერთების პროცესთან.
 (b) მე ვეთანხმები, რომ ამ განაცხადში მოთხოვნილი სადაზღვევო გეგმის პოლისები გადმომეცეს იმ აგენტის მეშვეობით, რომლის დეტალები მოცემულია ამ განაცხადის დასაწყისში.
 (c) თუ გსურთ, რომ პოლისი და/ან ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცედურასთან და ამ პოლისში განეჭვრიანების პროცესთან, ასევე მიიღოთ იგი უშუალოდ, შეგიძლიათ ნებისმიერ დროს დაუკავშირდეთ Harel-ს ტელეფონით (*2735).

5. მე ამით ვადასტურებ, რომ მივიღე არსებითი ინფორმაცია დაზღვევის შესახებ, რომელიც მოიცავდა, სულ მცირე, დაფარვის ძირითადი ელემენტების აღწერას, სადაზღვევო პრემიას, სადაზღვევო პერიოდის ხანგრძლივობას, ძირითად სადაზღვევო თანხებსა და ძირითად შეზღუდულ პასუხისმგებლობას, და მათ შესახებ სრული დეტალების მიღების შესაძლებლობას.

6. **სარეკლამო მასალების გაგზავნა**

(a) **შეტყობინება კომპანიიდან სარეკლამო მასალების მიღების შესახებ:**
 თქვენ მიერ მიწოდებული ინფორმაცია გამოყენებული იქნება კომპანიის მიერ სარეკლამო მასალების გასაგზავნად ელექტრონული ფოსტის, ავტომატური ზარის სისტემის (autodialer) ან მოკლე ტექსტური შეტყობინებების (SMS) საშუალებით. თქვენ შეგიძლიათ გააუქმოთ გამოწერა შემდეგ ბმულზე: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB> ან ელფოსტით: unsubscribe1@harel-ins.co.il ან დარეკვით ნომერზე: *2735 ან ქვემოთ მოცემული QR კოდის გამოყენებით:



(b) **დამატებითი სარეკლამო მასალების მიღებაზე თანხმობა:**
 ზემოხსენებული შეტყობინების საფუძველზე კომპანიისგან მიღებული სარეკლამო მასალების გარდა, მსურს მივიღო სარეკლამო მასალები Harel Group-ის ყველა კომპანიისგან, მათი ბიზნეს პარტნიორებისა და მესამე პირებისგან ელექტრონული ფოსტის, ავტომატური ზარის სისტემის ან მოკლე ტექსტური შეტყობინებების მეშვეობით.
 *Harel Group — Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. და მისი შვილობილი კომპანიები.
 გთხოვთ გაითვალისწინოთ – არჩევანის არ მონიშვნა არ განიხილება როგორც კომპანიისგან სარეკლამო მასალების მიღებაზე უარი (როგორც ეს აღნიშნულია ზემოთ, ნაწილში A) და არ აუქმებს ადრე გაცემულ თანხმობას. თქვენ შეგიძლიათ შეცვალოთ თქვენი თანხმობის შესახებ მიღებული გადაწყვეტილება ნებისმიერ დროს.

7. გქონიათ თუ არა შემთხვევა, როცა რომელიმე სადაზღვევო კომპანიამ უარი გითხრა ან გააუქმა თქვენი ჯანმრთელობის დაზღვევის განაცხადი? არა დიახ, თუ „დიახ“ გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

8. **სამედიცინო კონფიდენციალურობაზე უარის განცხადება:** მე ქვემოთ ხელმომწერილი ამით ვანიჭებ უფლებას ჯანდაცვის ორგანიზაციებს (HMO) და/ან მათ სამედიცინო დაწესებულებებს, ასევე ყველა ექიმს და/ან ფსიქიატრს, სამედიცინო დაწესებულებებს, სხვა საავადმყოფოებს, და/ან ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიას და/ან სხვა დაწესებულებას და სუბიექტს, იმ მოცულობით, რომელიც საჭიროა სადაზღვევო პოლისის ფარგლებში ჩემი უფლებებისა და ვალდებულებების გასარკვევად და/ან ჩემთვის მოთხოვნილი დაზღვევაში შეყვანის პროცედურის შესასწავლად, გადასცენ Harel-ს ნებისმიერი ინფორმაცია, მათ შორის კომპანიის მიერ შენახული დეტალები, გამოწვევის გარეშე და იმ ფორმით, რომელიც მოთხოვნის მხარე(ებ)ს სჭირდება, ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, წარსულში და/ან ამჟამად არსებული და/ან მომავალში ნებისმიერი შესაძლო დაავადების შესახებ; ამავდროულად, გათავისუფლებთ სამედიცინო კონფიდენციალურობის დაცვის ვალდებულებისგან და უარს ვამბობ ამ კონფიდენციალურობაზე „მოთხოვნის მხარის“ სასარგებლოდ. ეს წერილობითი უარი ვრცელდება ჩემს იურიდიულ ქონებაზე, ჩემს სამართლებრივ წარმომადგენლებზე, ასევე ნებისმიერ პირზე, ვინც ჩემს ადგილს დაიკავებს.

დაზღვევის კანდიდატმა ხელი მოაწერა ამ ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის ფორმას მას შემდეგ, რაც მიიღო განმარტება მისი მინარსის შესახებ იმ ენაზე, რომელსაც იგი კარგად ფლობს.

თარიღი _____ დაზღვევის კანდიდატის ხელმოწერა _____ მოწმის ხელმოწერა _____

StudioHarel 4/7550_31 07/2025