

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 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



D Details of previous insurance policies		פרטי ביטוח קודמים	
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	עד תאריך	Policy No.	מס' פוליסה
מתאריך	To	Membership No.	מס' חבר

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

F Privacy		פרטיות	
<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	
<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 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	
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	
..... חותמת	 חתימה	
		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



以色列外籍人士醫療保險健康聲明

此《健康聲明》應與附加的《保險申請書》一同使用，二者為不可分割的整體。

此表格適用於男性和女性。

請確保您準確、完整地填寫此表格。

06/2025

致

Harel 保險有限公司 – 外籍員工/旅客保險部

3 Abba Hillel St., PO.Box 1951, Ramat Gan 5211802, 傳真：03-7348083 電郵：fax7930@harel-ins.co.il

A 保險申請人詳細資料

護照號碼	姓氏	名字	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
在本健康聲明中，您應該在相應答案欄中標註「✓」來回答以下問題。如果任何問題的答案是「是」，則必須附上主治醫生的最新證明，證明內容應包括所述問題的處理情況、測試結果、治療方法及當前狀況。					
A 部分：一般問題				是	否
1.	身高（厘米）：	體重（公斤）：			
2.	<input type="checkbox"/> 您是否使用過或正在使用毒品？ <input type="checkbox"/> 您是否定期飲酒或飲用含酒精飲品？若有，請註明飲用量：每天_____杯。				
3.	在過去的10年中，您是否有被建議進行以下任何檢查（除常規健康檢查外），但尚未完成檢查或未獲得最終診斷結果？例如：慢性疾病、心導管檢查、骨骼掃描、心臟超音波、磁共振成像（MRI）、電腦斷層掃描（CT）、超音波檢查（不包括常規產前檢查）、活檢、隱血檢查、大腸鏡檢查或胃鏡檢查、自體免疫性疾病（包括紅斑狼瘡）等。（若答案為「是」，請附上主治醫生的證明，說明進行該檢查的原因、檢查結果及最終診斷。）				
4.	您現在，或在過去 10 年中，是否曾計劃進行手術或器官移植？ 請詳細說明：_____				
5.	在過去 10 年中，您是否曾住院？請詳細說明住院原因和您接受的治療。				
6.	在過去 10 年中，您是否曾經定期服用藥物，或曾獲得建議定期服藥？請詳細說明您正在接受治療或曾經治療的問題、所使用的治療方法，以及您已服用該藥物的時間。				
7.	您是否被診斷出患有任何過敏症？ 請詳細說明：_____				
B 部分：您是否被診斷出患有以下任何與以下一項或多項問題相關的疾病、綜合症或障礙？					
1.	<input type="checkbox"/> 神經系統 <input type="checkbox"/> 腦血管意外（中風） <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 多發性硬化症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症或其他萎縮性疾病 <input type="checkbox"/> 反復頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 平衡障礙 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 顫抖 <input type="checkbox"/> 智力障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 腦癱 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺（嬰兒麻痺） <input type="checkbox"/> 高切爾病 <input type="checkbox"/> 感覺喪失（麻木） <input type="checkbox"/> 注意力缺陷障礙 <input type="checkbox"/> 偏頭痛 <input type="checkbox"/> 您是否因記憶力下降（癡呆）向醫生求診 <input type="checkbox"/> 愛滋病（AIDS） <input type="checkbox"/> HIV 帶原者 <input type="checkbox"/> 紅斑狼瘡 如果上述一個或多個問題的答案為「是」，請附上主治神經科醫生的最新證明信。				
2.	眼睛和視力： <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 視網膜和角膜問題 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 眼睛發炎 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 失明 其他眼疾/問題： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：_____				
3.	心臟： <input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 心臟病發作 <input type="checkbox"/> 先天性心臟缺陷 <input type="checkbox"/> 心導管 <input type="checkbox"/> 心臟瓣膜疾病 其他心臟疾病/問題： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：_____				
4.	血管： <input type="checkbox"/> 靜脈曲張（腿部靜脈） <input type="checkbox"/> 頸動脈（頸部動脈） <input type="checkbox"/> 凝血障礙 <input type="checkbox"/> 血液疾病 DVT（深靜脈血栓） <input type="checkbox"/> PVD（外周血管病） 其他血管疾病/問題： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：_____				



A 保險申請人詳細資料

B 部分：您是否被診斷出患有以下任何一項或多項問題相關的疾病、綜合症或障礙？		是	否
5.	代謝疾病： <input type="checkbox"/> 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 淋巴結 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 汗腺 <input type="checkbox"/> 垂體腺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂/膽固醇過高 其他代謝疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
6.	呼吸系統： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 復發性呼吸道感染和呼吸困難 <input type="checkbox"/> 氣胸（肺萎陷） <input type="checkbox"/> 囊性纖維化 其他呼吸系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
7.	消化系統： <input type="checkbox"/> 潰瘍（十二指腸/胃潰瘍） <input type="checkbox"/> 胃灼熱 <input type="checkbox"/> 克羅恩病 <input type="checkbox"/> 結腸炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔瘡 <input type="checkbox"/> 裂隙/瘻管 <input type="checkbox"/> 腸梗阻 <input type="checkbox"/> 胰臟疾病/感染 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 膽囊 <input type="checkbox"/> 膽囊結石 其他消化系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
8.	肝臟： <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 乙型、丙型、丁型肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化 其他消化系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
9.	疝氣： 疝氣位置：在橫膈膜/在肚臍/在右側腹股溝/在左側腹股溝 您是否曾接受過手術來治療疝氣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，什麼時候（日期）？ 問題解決了嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
10.	腎臟和泌尿道： <input type="checkbox"/> 復發性感染 <input type="checkbox"/> 腎結石和泌尿結石 <input type="checkbox"/> 腎囊腫 <input type="checkbox"/> 泌尿道異常 <input type="checkbox"/> 腎衰竭 其他腎臟和泌尿道疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
11.	關節和骨骼： <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 背部/脊椎 <input type="checkbox"/> 關節 <input type="checkbox"/> 膝蓋 其他關節和骨骼疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
12.	皮膚病和性疾病： <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘤 <input type="checkbox"/> 皮膚病變 <input type="checkbox"/> 乾癬 <input type="checkbox"/> 性傳播疾病 <input type="checkbox"/> 梅毒 其他皮膚病和性疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
13.	惡性腫瘤/疾病（癌症）。		
14.	對於女性： <input type="checkbox"/> 乳房（包括乳房增大） <input type="checkbox"/> 婦科系統，疾病/其他女性問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明： <input type="checkbox"/> 您現在是否懷孕？ <input type="checkbox"/> 您是否經過剖腹產？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，若勾選「是」，請註明何時（日期）：		
15.	對於男性： <input type="checkbox"/> 前列腺問題 <input type="checkbox"/> 靜脈曲張/陰囊積水 其他男性疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，若勾選「是」，請註明：		
16.	精神疾病： 由心理學家，精神科醫生或家庭醫生診斷的精神疾病。		
17.	耳鼻喉疾病： <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暫停綜合症 <input type="checkbox"/> 鼻息肉 <input type="checkbox"/> 鼻竇炎 其他耳鼻喉疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		

請提供詳細資料：

B 先前保單詳情

您是否曾在 Harel 或任何其他保險公司投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若勾選「是」，請註明保險公司名稱和保單編號/醫療保健提供者會員編號：					
保險期	從	至	公司名稱	保單編號	會員編號


C 代理人授權書

本人特此授權本人的保單保險代理人，即.....先生/女士，以本人的名義代為處理與本保單相關的任何事宜，包括但不限於保單納入程序、核保程序、保單續保或保單期限延長、提出索賠、保單變更以及其他與保單相關的行動等。此授權包括向「Harel」提交所有與上述事項相關的信函及/或文件，以及接收來自「Harel」的相關信函及/或文件。本人在此同意保險代理人作為本人的委託人，處理與本保單相關的所有事宜，並授權其在任何與保單相關的行動中，向保險機構提供所有所需的詳細資料，包括本人在 Harel 所投保的其他保單資料，這些保單不一定是由本授權書中所指定的代理人負責的保單。

.....
 日期 姓名 受保人簽名

請知悉，在任何情況下，與索賠相關的信函和/或文件的副本將會寄送給您保單的保險代理人。

D 保險申請人聲明

1. 本人，即下方簽署人，謹此向 Harel Insurance Company Ltd. (以下簡稱：「保險公司/公司/Harel」) 申請根據本投保申請所述詳細內容為本人投保。
- (a) **隱私:** Harel Insurance Company Ltd.和Harel Pension and Provident Ltd. (简称“Harel”) 收集資訊的目的是註冊產品、提供服務、產品生命週期的運營和管理、處理索賠、付款和流程、管理和改進Harel提供的業務和服務、遵守法律、根據個人特徵定制和提供產品和服務以及用於其他合法目的。通常情況，您沒有提供資訊的法律義務，但是選擇不提供資訊可能會使我們無法評估申請並提供服務。這些資訊將被傳輸給保險代理人(如有)，以便代理人能夠處理申請以及與產品和服務的管理和運營等方面，以及與這些目的相關的服務提供商和其他有權接收資訊的協力廠商。
- 有關隱私政策的更多資訊，請訪問Harel網站，包括與Harel的數據保護官的溝通渠道，有關檢查和更改權利以及選擇不直接郵寄的權利的資訊，可以通過以下連結找到: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>。
- (b) 本人特此聲明，所有答案都是正確和完整的，並由本人自願提供。
- (c) 健康聲明中所列答案以及提供給保險公司的任何其他資料，連同保險公司在此事宜中的常規條款，均作為您與本公司之間保險合約的基本條款，並構成其不可或缺的一部分。
2. **身故受益人**
您可以使用「身故情況下受益人變更/更新申請表」指定受益人。若未指定受益人，則會根據法律規定將金額支付給法定繼承人，按照繼承或遺囑認證順序分配。
3. **加入程序:** 公司有權決定是否接受或拒絕投保申請。敬請注意，只有在保險公司發出書面確認，表明接受投保申請人後，保險合同才會生效。如果進一步的處理需要澄清條款、核保和接受投保，則保單不會為投保候選人簽發，並且在完成投保候選人的手續後才會生效。
4. (a) 本人授權本保單的保險代理人(其詳細資料見本投保申請開頭)以本人名義代為向 Harel 公司提交並接收所有與核保過程及加入本保單過程相關的通知及/或文件。
(b) 本人同意，由本投保申請開頭所列之保險代理人，將所請求的保險計劃保單交付予本人。
(c) 如果您希望直接收到保單和/或有關於核保過程及加入保單過程中的資訊，您可隨時聯絡 Harel，致電 Harel (2735)。
5. 本人特此確認，本人已收到有關保險的基本資料，其中至少包括承保範圍的主要內容、保險費、保險期限、主要保險金額和主要責任限制的說明，並且了解本人有權獲得關於這些資訊的完整詳情。
6. **發送廣告資料**
- (a) **關於收到公司廣告資料的通知:**
您提供的資訊將用於公司通過電子郵件、自動撥號系統 (autodialer) 或簡訊 (SMS) 發送廣告資料。您可以隨時通過以下渠道取消訂閱：<https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>；unsubscribe1@harel-ins.co.il；撥打 *2735；或通過下麵的二維碼：
- 
- (b) **同意接收額外的廣告資料:**
 除了公司可能根據我上述通知向我發送的廣告外，我還希望通過電子郵件、自動撥號系統或簡訊從所有 Harel Group公司、其業務合作夥伴和協力廠商接收有關服務和產品的廣告資料。
*Harel Group：Harel Insurance Investments和Financial Services Ltd.及其子公司。
請注意，未標記您的偏好不會被視為拒絕接收公司的廣告資料(如上文A節所述)，也不會使任何事先同意條款無效。您可以隨時改變您的同意條款。
7. 是否曾有保險公司拒絕或取消您的健康保險申請？ 否 是的，若勾選「是」，請註明：
тавсифланг:
8. **醫療保密豁免:** 本人，即下方簽署人，特此授權健康維護組織 (HMO) 及/或其醫療機構，所有醫生及/或精神科醫生，醫療機構及其他醫院，和/或任何保險公司及/或其他機構和實體，在必要的範圍內，為了闡明本保險單的權利和義務，和/或為審核我是否符合保險要求，將我的健康狀況、過去、現在或將來可能患有的任何疾病的資訊，包括所有由機構所持有的任何資訊及詳細資料，提交給 Harel 公司，無一例外，並以請求方所要求的格式提供。我特此免除您的醫療保密義務，並豁免這項保密責任，以便「請求方」使用。此書面豁免聲明對我的法定遺產、法定代理人以及任何代替我處理事務的人均具有約束力。

保險申請人在簽署《健康狀況聲明表》之前，已經收到了關於表格內容的解釋，並且這些解釋是以其流利的語言進行的。

日期

保險申請人簽名

見證人簽名