

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



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.

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



Declarație de sănătate necesară încheierii de asigurări medicale – persoane străine în Israel

Sub rezerva Cererii de asigurare anexată la prezentul document, care este parte inseparabilă a Declarației de sănătate.

Acest formular este conceput atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Vă rugăm să vă asigurați că completați acest formular cu exactitate și în totalitate.

Ediția 06/2025

În atenția.

Harel Insurance Company Ltd. - Angajați străini/Sucursala de asigurări pentru turiști

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

A Detaliile solicitantului de asigurare

Nr. de pașaport	Nume de familie	Prenume	Data nașterii	Sexul <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------------	-----------------	---------	---------------	----------------------------------------------------------------

În prezenta Declarație de sănătate trebuie să răspundeți la următoarele întrebări marcând "✓" pe coloana răspunsului corespunzător. Dacă răspunsul la oricare dintre întrebări este „Da”, trebuie să atașați un certificat actualizat de la medicul curant, abordând problema declarată, rezultatele testelor, modul de tratament și starea actuală.

Secțiunea A: Întrebări generale

	Da	Nu
1. Înălțimea în cm: Greutatea în kg:		
2. <input type="checkbox"/> Folosiți sau ați folosit narcotice? <input type="checkbox"/> Consumați sau ați consumat băuturi alcoolice în mod regulat? Vă rugăm să specificați cantitatea consumului: pahare pe zi.		
3. În ultimii 10 ani, ați fost trimis să efectuați următoarele analize medicale (ce nu fac parte din setul de analize de rutină) pe care nu le-ați efectuat sau nu v-a fost pus încă un diagnostic final: boli cronice, cateterizare, cartografiere osoasă, ecocardiografie, RMN, TC, ultrasunete (altele decât ca parte a îngrijirii prenatale de rutină), biopsie, sânge oculat, colonoscopie sau gastroscopie, boli autoimune, inclusiv lupus „Da”, vă rugăm să prezentați un certificat de la medicul curant, indicând motivul efectuării examinării, rezultatele examinării și diagnosticul final).		
4. În ultimii 10 ani, ați efectuat sau urmează să efectuați o intervenție chirurgicală/transplant? Vă rugăm să descrieți în detaliu:		
5. În ultimii 10 ani, ați fost spitalizat? Vă rugăm să descrieți în detaliu motivul spitalizării și tratamentul pe care l-ați primit.		
6. În ultimii 10 ani, ați administrat sau ați primit o recomandare de a administra medicamente în mod regulat? Vă rugăm să descrieți în detaliu problema pentru care sunteți tratat/ați fost tratat, tratamentul și de cât timp administrați medicamentul menționat?		
7. Ați fost diagnosticat(ă) ca suferind de alergii? Vă rugăm să descrieți în detaliu:		

Secțiunea B: Ați fost diagnosticat(ă) cu vreo boală, sindrom, tulburare legată de una sau mai multe dintre problemele specificate mai jos:

1. <input type="checkbox"/> Sistemul nervos <input type="checkbox"/> Accident cerebrovascular (accident vascular cerebral) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Scleroză multiplă <input type="checkbox"/> Distrofie musculară sau altă boală atrofică <input type="checkbox"/> Amețeli recurente <input type="checkbox"/> Dureri de cap <input type="checkbox"/> Tulburări de echilibru <input type="checkbox"/> Leșin <input type="checkbox"/> Sindromul Parkinson <input type="checkbox"/> Boala Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremurat <input type="checkbox"/> Retard mental Autism <input type="checkbox"/> Autism Sindrom Down <input type="checkbox"/> Paralizie cerebrală <input type="checkbox"/> Poliomielită (paralizie infantilă) <input type="checkbox"/> Boala lui Gaucher <input type="checkbox"/> Pierderea senzației (amorțeală) <input type="checkbox"/> Tulburări de deficit de atenție <input type="checkbox"/> Migrenă <input type="checkbox"/> Ați aplicat la un medic cu plângeri legate de pierderea memoriei (demență) <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Purtător de HIV <input type="checkbox"/> Lupus Dacă răspunsul la una sau mai multe dintre întrebările de mai sus este „Da”, vă rugăm să atașați o scrisoare recentă de la doctorul neurolog curant.		
2. Ochi și vedere: <input type="checkbox"/> Cataractă <input type="checkbox"/> Retina si corneea <input type="checkbox"/> probleme <input type="checkbox"/> Glaucom <input type="checkbox"/> Inflamații ale ochiului <input type="checkbox"/> Strabism <input type="checkbox"/> Orbire Alte afecțiuni oculare / probleme: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
3. Inimă: <input type="checkbox"/> Aritmii cardiace <input type="checkbox"/> Boli cardiace <input type="checkbox"/> Insuficiență cardiacă <input type="checkbox"/> Atac de cord <input type="checkbox"/> Defect cardiac congenital <input type="checkbox"/> Cateterizare <input type="checkbox"/> Boli ale valvei cardiace, alte boli cardiace/problemă: Nu Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
4. Vasele de sânge: <input type="checkbox"/> Varice (în venele picioarelor) <input type="checkbox"/> Artera carotidă (în arterele gâtului) <input type="checkbox"/> Tulburări de coagulare <input type="checkbox"/> Boală de sânge TVP (tromboză) <input type="checkbox"/> PVD (boală vasculară periferică), alte boli vasculare/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		



A **Detaliile solicitantului de asigurare**

Secțiunea B: Ați fost diagnosticat(ă) cu vreo boală, sindrom, tulburare legată de una sau mai multe dintre problemele specificate mai jos:		Da	Nu
5.	Afecțiuni metabolice: <input type="checkbox"/> Glanda tiroidă <input type="checkbox"/> Ganglion limfatic <input type="checkbox"/> Glanda salivară <input type="checkbox"/> Glanda sudoripară <input type="checkbox"/> Glanda pituitară <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Hipertensiune arterială <input type="checkbox"/> Niveluri ridicate de grăsimi/colesterol, alte boli metabolice/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
6.	Sistemul respirator: <input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Tuberculoză <input type="checkbox"/> BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică) <input type="checkbox"/> Febra fânului <input type="checkbox"/> Infecții respiratorii recurente și dificultăți de respirație <input type="checkbox"/> Colaps pulmonar (pneumotorax) <input type="checkbox"/> Fibroză chistică Alte afecțiuni ale sistemului respirator <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
7.	Sistemul digestiv: <input type="checkbox"/> Ulcer (duoden/ gastric) <input type="checkbox"/> Arsuri la stomac <input type="checkbox"/> Boala Crohn <input type="checkbox"/> Colită <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemoroizi <input type="checkbox"/> Fisura/Fistula <input type="checkbox"/> Obstrucția intestinului <input type="checkbox"/> Boli pancreatice/infecții <input type="checkbox"/> Esofag <input type="checkbox"/> Vezica biliară <input type="checkbox"/> Pietre la vezică Alte afecțiuni ale sistemului digestiv/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
8.	Ficat: <input type="checkbox"/> Icter <input type="checkbox"/> Hepatita B, C, D <input type="checkbox"/> Ficat gras <input type="checkbox"/> Ciroza, alte afecțiuni ale sistemului digestiv /problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
9.	Hernie: Localizarea herniei: În diafragmă / în buric / în inghinala dreaptă / în inghinala stângă Ați suferit o intervenție chirurgicală pentru tratarea herniei? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, când (data)? Problema este rezolvată? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da		
10.	Rinichi și tract urinar: <input type="checkbox"/> Infecții recurente <input type="checkbox"/> Pietre la rinichi și urinare <input type="checkbox"/> Chisturi renale <input type="checkbox"/> Anomalii ale tractului urinar <input type="checkbox"/> Insuficiență renală, alte afecțiuni ale rinichilor și ale tractului urinar/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
11.	Articulații și oase: <input type="checkbox"/> Artrita <input type="checkbox"/> Guta <input type="checkbox"/> Spate și coloana vertebrală <input type="checkbox"/> Articulații <input type="checkbox"/> Genunchi Alte boli ale articulațiilor și oaselor / problema <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” va rugam specificati:		
12.	Afecțiuni ale pielii și afecțiuni sexuale: <input type="checkbox"/> Tumori cutanate <input type="checkbox"/> Leziuni cutanate <input type="checkbox"/> Psoriazis <input type="checkbox"/> Boli cu transmitere sexuală <input type="checkbox"/> Sifilis Alte afecțiuni ale pielii și afecțiuni sexuale boala/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
13.	Tumori maligne/boli (cancer).		
14.	Pentru femei: <input type="checkbox"/> Sâni (inclusiv mărirea sânilor) <input type="checkbox"/> Sistemul ginecologic, boala / alte probleme feminine <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:..... <input type="checkbox"/> Sunteți însărcinată? <input type="checkbox"/> Ați suferit o naștere prin cezariană? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați când (data):		
15.	Pentru barbati: <input type="checkbox"/> Probleme de prostata <input type="checkbox"/> Varicocelul/ Hidrocel Altă boală masculină / problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		
16.	Boli psihice: Boala mintală care a fost diagnosticată de un psiholog, psihiatru sau medic de familie.		
17.	Afecțiuni ale nasului, urechii și gâtului: <input type="checkbox"/> Sindromul de apnee în somn <input type="checkbox"/> Polip nazal <input type="checkbox"/> Sinuzită Alte afecțiuni ale nasului, urechii și gâtului <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:		

Vă rugăm să furnizați detalii:

B **Detalii despre polițele de asigurare anterioare**


Ați fost vreodată asigurat de Harel sau de orice altă companie de asigurări? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, indicați compania și numărul poliței/numărul de membru al furnizorului de servicii medicale:				
Perioada de asigurare	Denumirea firmei	Polița nr.	Calitatea de membru nr.	
..... De la 1 1 Către			

C **Procura agentului**

Prin prezenta autorizez agentul meu de asigurare pentru Poliță, domnul/doamna, să se ocupe de orice problemă referitoare la Poliță, inclusiv, dar fără a se limita la procesul de includere în Poliță, procedurile de subscriere, reînnoirea sau prelungirea Poliței pentru perioade suplimentare, depunerea cererilor de despăgubire, modificări și alte acțiuni în Poliță și așa mai departe, în numele meu și pentru mine. Aceasta include transmiterea tuturor corespondențelor și/sau documentelor legate de problemele menționate mai sus către „Harel” și primirea acestora de la „Harel”. Prin prezenta vă dau consimțământul meu ca agentul de asigurări să fie delegatul meu în orice chestiune referitoare la poliță și permisiunea mea de a trimite agenției de asigurări toate detaliile solicitate de aceasta, în orice acțiune legată de poliță, inclusiv detaliile altor polițe cu care sunt asigurat la Harel, care nu sunt neapărat polițe în care agentul de asigurări căruia îi dau împuternicire în acest acord al meu este agentul participant.		
.....
Data	Nume	Semnătura asiguratului

Pentru informarea dvs., copii ale corespondenței și/sau ale documentelor legate de reclamație vor fi în orice caz trimise agentului dvs. de asigurare pentru poliță.

D Declarația candidatului la asigurări

1.	Subsemnatul, solicit prin prezenta Companiei de Asigurări Harel SRL (denumită în continuare „Asiguratorul/Societatea/Harel”) să mă asigure în baza celor menționate în prezenta propunere. (a) Confidențialitate Harel Insurance Company Ltd. și Harel Pension and Provident Ltd. („Harel”) colectează informații în scopul înscrierii în produse, furnizării serviciilor, operării și gestionării ciclurilor de viață ale produselor, soluționării cererilor de despăgubire, efectuării plăților și proceselor, administrării și îmbunătățirii activității și serviciilor oferite de Harel, respectării legislației, personalizării și oferirii produselor și serviciilor în funcție de caracteristicile personale și în alte scopuri legitime. În general, nu sunteți obligat(ă) legal să furnizați informații, însă refuzul de a le oferi poate face imposibilă evaluarea cererii și furnizarea serviciului de către noi. Informațiile vor fi transferate către agentul de asigurări (dacă există unul), astfel încât agentul să poată gestiona solicitările și toate aspectele legate de administrarea și funcționarea produselor și serviciilor, precum și către furnizorii de servicii și alte terțe părți autorizate să primească aceste informații, în legătură cu aceste scopuri. Informații suplimentare despre politica de confidențialitate sunt disponibile pe site-ul Harel, inclusiv modalitățile de comunicare cu Ofițerul pentru Protecția Datelor din cadrul Harel, informații despre dreptul de acces și modificare, precum și dreptul de a renunța la corespondența directă, toate acestea putând fi accesate prin următorul link: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB . (b) Declar prin prezenta că toate răspunsurile sunt corecte și complete și că au fost furnizate din proprie voință. (c) Răspunsurile specificate în Declarația de sănătate și orice alte informații furnizate Companiei, precum și termenii obișnuiți ai Companiei cu privire la această chestiune vor servi drept termeni fundamentali ai contractului de asigurare dintre dvs. și Companie și vor constitui o parte integrantă a acestuia.
2.	Beneficiari în caz de deces Puteți numi beneficiari, folosind formularul „Cerere de actualizare/Schimbare a beneficiarilor în caz de deces”. În absența numirii beneficiarului, sumele vor fi plătite moștenitorilor legali conform legii, conform ordinului de moștenire sau succesiune.
3.	Procedura de aderare: Compania are voie să decidă dacă acceptă sau respinge propunerea. Pentru informarea dvs., contractul de asigurare va intra în vigoare numai după ce Compania emite confirmarea scrisă de acceptare a candidatului pentru asigurare. În cazul în care prelucrarea ulterioară necesită clarificarea termenilor, subscrierea și acceptarea pentru asigurare, polița nu se eliberează pentru candidatul la asigurare și nu va intra în vigoare până la finalizarea procedurilor pentru candidatul de asigurare.
4.	(a) Autorizez agentul meu de asigurare pentru poliță, ale cărei detalii apar la începutul prezentei propuneri, să prezinte Harel și să primească de la Harel în numele meu și pentru mine toate notificările și/sau documentele legate de procesul de abonare și procesul de aderare la această poliță. (b) Sunt de acord ca polița de asigurare a planurilor de asigurare solicitate în prezenta propunere să îmi fie transmisă prin intermediul agentului ale cărui detalii apar la începutul prezentei propuneri. (c) Dacă doriți să primiți polița și/sau informațiile din cadrul procedurii de subscriere și procedura de aderare directă la această poliță, de asemenea, puteți contacta Harel în orice moment, sunând la Harel (*2735).
5.	Confirm prin prezenta că am primit informații esențiale cu privire la asigurare, inclusiv, cel puțin, o descriere a principalelor elemente ale acoperirii, a primei de asigurare, a perioadei de asigurare, a principalelor sume de asigurare și a principalelor limitări ale răspunderii, precum și cu privire la posibilitatea mea de a obține detalii complete despre acestea.
6.	Trimiterea materialelor publicitare (a) Notificare privind primirea materialelor publicitare din partea Companiei: Informațiile pe care le-ați furnizat vor fi utilizate pentru trimiterea materialelor publicitare de către Companie prin email, sistem automat de apelare (autodialer) sau mesaje text (SMS). Vă puteți dezabona în orice moment accesând următorul link: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS ; unsubscribe1@harel-ins.co.il ; formând numărul *2735; sau prin intermediul codului QR de mai jos:  (b) Consimțământ pentru a primi materiale publicitare suplimentare: <input type="checkbox"/> Pe lângă materialele publicitare pe care Compania le poate trimite conform notificării mele anterioare, doresc să primesc și materiale publicitare despre servicii și produse de la toate companiile din grupul Harel, partenerii lor de afaceri și terți, prin e-mail, sistem automat de apelare sau SMS. *Grupul Harel – Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. și filialele sale. Vă rugăm să rețineți – nerealizarea unei opțiuni nu va fi considerată o refuzare a primirii materialelor publicitare din partea Companiei (așa cum este detaliat în Secțiunea A de mai sus) și nu invalidează niciun consimțământ anterior. Vă puteți răzgândi în privința consimțământului acordat în orice moment.
7.	O companie de asigurări a respins sau anulat vreodată cererea dvs. de asigurare de sănătate? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:
8.	Renunțarea la confidențialitatea medicală: Subsemnatul acordă prin prezenta permisiunea HMO și/sau instituțiilor sale medicale, precum și tuturor medicilor și/sau psihiatrilor, instituțiilor medicale și altor spitale și/sau oricărei societăți de asigurări și/sau oricărei alte instituții și entități, în măsura necesară clarificării drepturilor și obligațiilor care decurg din Polița de Asigurare și/sau în scopul procedurii de revizuire a admiterii mele la asigurarea solicitată, să mă supun Harel, inclusiv orice informații deținute de companie și detalii fără excepție și în forma cerută de Părțile solicitante, cu privire la starea mea de sănătate, orice boală pe care am avut-o în trecut și/sau o am în prezent și/sau o voi avea în viitor și vă eliberez de obligația de a păstra confidențialitatea medicală și renunț la această confidențialitate în favoarea „Părții Solicitante”. Această renunțare în scris obligă proprietatea mea legală și reprezentanții mei legali, precum și pe oricine va veni în locul meu.

Candidatul la asigurări a semnat acest formular de declarație privind starea de sănătate după ce a primit o explicație a conținutului său într-o limbă în care este fluent.

Data

Semnătura candidatului la asigurare

Semnătura martorului