

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



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	To	עד תאריך
		Policy No.	מס' פוליסה
		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.
		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	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
..... חותמת חתימה
..... תאריך 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 Date / תאריך



Заявление о состоянии здоровья для медицинского страхования – иностранцы в Израиле

В соответствии с заявлением на оформление страхования, прикрепленным к данному документу, представляющим собой неотъемлемую часть Заявления о состоянии здоровья.

Данный бланк предназначен как для мужчин, так и для женщин.

Пожалуйста, убедитесь в том, что вы заполнили данный бланк аккуратно и полностью

Выпуск 06.2025

Адресат:

Страховая компания «Харель Лтд.» - Отдел страхования иностранных работников\ туристов

Ул. Абба Гилель 3, п\я, 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il (Бланк предназначен для кандидата)

А Данные кандидата на присоединение к страховке				
№ паспорта	Фамилия	Имя	Дата рождения	
			Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
В заявлении о состоянии вашего здоровья вы должны ответить на следующие вопросы, поставив «галочку» в столбце с правильным ответом. Если ответ на какой-либо из вопросов является положительным, вы должны приложить действительную справку от лечащего врача в отношении данной проблемы, результаты проверок; указать метод лечения и ваше текущее состояние.				
Раздел А: Общие вопросы			Да	Нет
1.	Рост в см _____ Вес в кг.: _____			
2.	<input type="checkbox"/> Принимаете ли вы или принимали ли вы наркотики? <input type="checkbox"/> Вы регулярно употребляете или употребляли алкоголь? Пожалуйста, укажите количество потребляемого алкоголя: _____ стаканов в день.			
3.	В течение последних 10-ти лет направляли ли вас на одну из следующих проверок (не в качестве части проведения рутинных проверок) и вам до сих пор не был поставлен окончательный диагноз, такую как хроническое заболевание, катетеризация, картирование кости, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковое исследование (не в качестве части рутинных проверок, выполняемых беременным), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия или гастроскопия, аутоиммунные заболевания, включая волчанку (если ответ – «да», пожалуйста, предоставьте справку от лечащего врача с указанием причины выполнения данной проверки, результаты проведенной проверки и окончательный диагноз).			
4.	Направили ли вас сейчас или направляли в течение последних 10-ти лет на проведение операции или трансплантации: Пожалуйста, опишите детально: _____			
5.	Были ли вы госпитализированы в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, опишите детально причину госпитализации и полученное вами лечение.			
6.	В течение последних 10-ти лет принимали ли вы или было ли вам рекомендовано постоянно принимать лекарства? Пожалуйста, опишите детально проблему, которая требовала лечения\ требует лечения, а также в течение какого периода вы принимали данное лекарство?			
7.	Были ли у вас диагностированы какие-либо аллергии? Пожалуйста, опишите детально: Пожалуйста, опишите детально: _____			
Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:				
1.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> Кровоизлияние в мозг (инсульт) <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия или другое атрофическое заболевание <input type="checkbox"/> Повторяющееся головокружение <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Нарушения равновесия <input type="checkbox"/> Обмороки <input type="checkbox"/> Синдром Паркинсона <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Умственная отсталость <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Синдром Дауна <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Полиомиелит (детский паралич) <input type="checkbox"/> Болезнь Гоше <input type="checkbox"/> Потеря чувствительности (онемение) <input type="checkbox"/> Расстройства концентрации внимания <input type="checkbox"/> Мигрень Обращались ли вы к врачу с жалобами, касающимися ухудшения памяти (деменция) <input type="checkbox"/> СПИДа <input type="checkbox"/> Носительства ВИЧ <input type="checkbox"/> Волчанки? Если ответ на один или несколько вопросов является положительным, вы должны приложить действительную справку от лечащего невролога.			
2.	Глаза и зрение: <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с сетчаткой и роговицей <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Воспаления глаз <input type="checkbox"/> Косолазие <input type="checkbox"/> Слепота Другие болезни глаз\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____			
3.	Сердце: <input type="checkbox"/> Нарушения сердечного ритма <input type="checkbox"/> Болезни сердца <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> Сердечный приступ <input type="checkbox"/> Врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> Катетеризация <input type="checkbox"/> Болезни клапанов сердца, другие болезни, связанные с сердцем\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____			
4.	Кровеносные сосуды: <input type="checkbox"/> Варикозные вены (на ногах) <input type="checkbox"/> Сонная артерия (шейная артерия) <input type="checkbox"/> Нарушения коагуляции <input type="checkbox"/> Заболевания крови ТГВ (тромбоз) <input type="checkbox"/> ЗПС (заболевания периферических сосудов), другие заболевания сосудов\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____			



A Данные кандидата на присоединение к страховке

Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:		Да	Нет
5.	Метаболические заболевания: <input type="checkbox"/> Щитовидная железа <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Слюнные железы <input type="checkbox"/> Потовые железы <input type="checkbox"/> Гипофиз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Высокий уровень жиров/холестерина, Другие метаболические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
6.	Респираторная система: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулёз <input type="checkbox"/> ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка <input type="checkbox"/> Рецидивирующие респираторные инфекции и одышка <input type="checkbox"/> Коллапс легкого (пневмоторакс) <input type="checkbox"/> Муковисцидоз Другие заболевания респираторной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
7.	Пищеварительная система: <input type="checkbox"/> Язва (двенадцатиперстной кишки\ желудка) <input type="checkbox"/> Изжога <input type="checkbox"/> Болезнь Крона <input type="checkbox"/> Колит <input type="checkbox"/> Рефлюкс <input type="checkbox"/> Геморрой <input type="checkbox"/> Трещина\ фистула <input type="checkbox"/> Кишечная непроходимость <input type="checkbox"/> Заболевания поджелудочной железы\ инфекции <input type="checkbox"/> Пищевод <input type="checkbox"/> Желчный пузырь <input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре Другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
8.	Печень: <input type="checkbox"/> Желтуха <input type="checkbox"/> Гепатит В, С, D <input type="checkbox"/> Жировая болезнь печени <input type="checkbox"/> Цирроз, другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
9.	Грыжа: Расположение грыжи: диафрагмальная\ пупочная\ в правой части паха\ в левой части паха Выполнилась ли вам операция по удалению грыжи? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, когда (дата)?		
10.	Почки и мочевыводящие пути: <input type="checkbox"/> Рецидивирующие инфекции <input type="checkbox"/> Камни в почках и мочевые камни <input type="checkbox"/> Кисты в почках <input type="checkbox"/> Аномалии мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Почечная недостаточность и другие заболевания мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
11.	Суставы и кости: <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Спина / Позвоночник <input type="checkbox"/> Суставы <input type="checkbox"/> Колени Заболевания\ проблемы других суставов и костей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
12.	Болезни кожи и венерические заболевания: <input type="checkbox"/> Кожные опухоли <input type="checkbox"/> Повреждения кожи <input type="checkbox"/> Псориаз <input type="checkbox"/> Венерические заболевания <input type="checkbox"/> Сифилис Другие кожные и венерические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
13.	Злокачественные опухоли\ заболевания (рак).		
14.	Для женщин: <input type="checkbox"/> Грудь (включая увеличение груди) <input type="checkbox"/> Гинекологическая система, заболевания\ другие женские проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
15.	Для мужчин: <input type="checkbox"/> Проблемы с простатой <input type="checkbox"/> Варикоцеле/ Гидроцеле Другие мужские заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
16.	Психические болезни: Психические заболевания, которые были диагностированы психологом, психиатром или семейным врачом.		
17.	Заболевания уха, горла и носа: <input type="checkbox"/> Синдром ночного апноэ <input type="checkbox"/> Полипы в носу <input type="checkbox"/> Синусит Другие заболевания уха, горла и носа\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		

Пожалуйста, предоставьте подробную информацию:

Б Подробная информация, касающаяся предыдущих страховых полисов

Вы когда-нибудь были застрахованы в компании «Харель», либо в другой страховой компании? Нет Да

Если да, укажите компанию и номер полиса\ членский номер поставщика услуг здравоохранения:

Страховой период Начиная с	До	Название компании	Номер полиса	Членский номер

В Агент, действующий по доверенности

Я разрешаю своему страховому агенту, действующему в отношении данного полиса, г-ну\ г-же заниматься любыми вопросами, касающимися такого, включая, но не ограничиваясь процессом присоединения к данному полису, процедурами андеррайтинга, обновления или расширения такого на дополнительные периоды, подачи исков, внесения изменений и других действий, касающихся данного полиса и так далее, от моего имени и вместо меня. Это включает в себя передачу любой корреспонденции и/или документов, связанных с вышеупомянутыми вопросами, компании «Харель» и получения таковых от компании «Харель». Я предоставляю свое согласие на то, чтобы страховой агент действовал в качестве лица, которому я делегировал право действовать в отношении любых вопросов, касающихся данного полиса, а также разрешил передавать страховому агентству всю подробную информацию, передачи которой он потребует, в любых действиях, касающихся данного полиса, включая данные других полисов, которые существуют у меня в компании «Харель», и которые не обязательно являются такими полисами, в отношении которых страховой агент, которому я предоставляю данную доверенность в соответствии с этим соглашением, является агентом, занимающимся данными вопросами.

.....

Дата Имя Подпись застрахованного

К вашему сведению, копии корреспонденции и/или документов, касающихся данного иска, будут в любом случае отсылаться вашему страховому агенту, занимающемуся вопросами, связанными с данным полисом.

Г Заявление кандидата на присоединение к страховке

1. Я, нижеподписавшийся, прошу страховую компанию «Харель Лтд.» (далее: «Страховщика\ Компанию\ «Харель») застраховать меня на основании сказанного в данном предложении.
- (а) **Конфиденциальность:** страховая компания «Харель Лтд.» а также «Харель Пенсия вз-Гемель Лтд.» [«Харель»] собирают информацию в целях прикрепления к продуктам, предоставления услуг, эксплуатации и управления жизненным циклом продуктов; работы с исками, платежами и процессами; управления и улучшения бизнес-деятельности и услуг, предоставляемых компанией «Харель»; выполнения указаний закона; компания может подбирать и предлагать продукты и услуги на основании индивидуальных характеристик, а также в других законных целях. Обычно передача информации не является обязательной в соответствии с законом, но решение не передавать информацию приведет к тому, что мы не сможем изучить вашу просьбу и предоставить услуги. Данная информация будет передана страховому агенту (если он есть) для обработки просьб и всего, что связано с управлением и работой с продуктами и услугами, а также всего, что касается поставщиков и других третьих лиц, имеющих право на получение таковой в связи с данными целями. Дополнительный список находится в разделе «Политика конфиденциальности» на сайте компании «Харель»; он включает в себя и контактные данные лица, ответственного за защиту конфиденциальности в компании «Харель»; информацию о праве на изучение и исправление, а также об удалении из списка прямой почтовой рассылки – для изучения этих данных перейдите по ссылке: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- (б) Я заявляю, что все ответы являются верными и полными, и что они были предоставлены мной добровольно.
- (в) Все ответы, приведенные в Заявлении о состоянии здоровья, и любая другая информация, предоставленная Компании, так же, как обычные условия Компании, касающиеся данного вопроса, будут представлять собой фундаментальные условия страхового контракта, заключенного между вами и Компанией, и будут являться неотъемлемой частью такового.
2. **Бенефициары в случае смерти**
Вы можете назначить бенефициаров, используя бланк «Приложение для уточнения\ Изменения бенефициаров в случае смерти». Если бенефициары не будут назначены, данные суммы будут выплачены законным наследникам в соответствии с законом, а также в соответствии с правилами наследования или с официально утвержденным завещанием.
3. **Процедура присоединения:** Компании разрешается решать, принять или отвергнуть данное предложение. Знайте, что страховой контракт вступит в силу только после того, как Компания выпустит письменное подтверждение присоединения данного кандидата к страховке. Если дальнейшая обработка потребует прояснения условий, андеррайтинга и присоединения к страховке, полис не будет выпущен для кандидата на присоединение к страховке, и не войдет в силу, пока не будет завершено проведение процедур для данного кандидата на присоединение.
4. (а) Я разрешаю своему страховому агенту, занимающемуся данным полисом, данные которого приведены в начале этого предложения, подавать в компанию «Харель» и получать от таковой от моего имени и вместо меня все уведомления и/или документы, касающиеся процесса андеррайтинга, а также процесса присоединения к данному полису.
- (б) Я согласен с тем, чтобы страховой полис, относящийся к страховым планам, запрошенным в данном предложении, был передан мне посредством агента, данные которого приведены в начале такового.
- (в) Если вы хотите получить данный полис и/или информацию в рамках процедуры андеррайтинга, а также процедуры присоединения к данному полису напрямую, вы можете связаться с компанией «Харель» в любое время, позвонив по тел. (*2735).
5. Я подтверждаю, что получил необходимую информацию в отношении страхования, включающую в себя, как минимум, описание главных элементов покрытия, страховые премии, период страхования, основную страховую сумму и основные ограничения ответственности, а также данные, касающиеся наличия у меня возможности получения полной информации о таковых.

6. Рассылка рекламных материалов

а. Уведомление о получении рекламных материалов компании:

Переданные вами данные будут использованы в целях рассылки рекламных материалов компании посредством электронной почты, системы автоматического набора или текстовых сообщений. Вы можете отказаться в любое время, перейдя по ссылке: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYS; unsubscribe1@harel-ins.co.il>, позвонив по номеру: *2735; или отсканировав QR-код:



б. Согласие на получение дополнительных рекламных материалов:

В дополнение к рекламным материалам, которые компания вправе присылать мне в соответствии с предоставленным мне выше уведомлением, я хочу получать также рекламу услуг и продуктов от всех компаний, относящихся к группе «Харель», их деловых партнеров и третьих лиц посредством электронной почты, систем автоматического набора или текстовых сообщений.

*Группа «Харель» – компания «Харель Ашкаот бз-Битуах вз-Ширутум Финансиим Лтд.» и ее дочерние компании.

Внимание! Если вы не поставите значок «x» в этом квадратике, это не будет считаться отказом от получения рекламных материалов компании (как указано в пункте а. выше) и не отменяет предоставленного ранее согласия. Вы можете отозвать свое согласие в любое время.

7. Отказывала ли вам когда-нибудь какая-либо страховая компания или отменяла ли она ваше заявление в отношении страхования здоровья?

Нет Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:

8. **Отказ от врачебной тайны:** Я, нижеподписавшийся, предоставляю свое разрешение медицинской страховой компании и/или ее медицинским организациям, так же как и любым врачам и/или психиатрам, медицинским учреждениям и другим больницам, и/или моей страховой компании и/или любым другим организациям и учреждениям, в мере, в которой это является необходимым для разъяснения прав и обязательств в соответствии со страховым полисом и/или в целях процедуры рассмотрения вопроса моего присоединения к страховке, к которой я желаю присоединиться, передавать компании «Харель» данные, включая любую информацию, находящуюся в распоряжении компании, и подробности без исключений и в форме, в которой этого требует запрашивающая(ие) сторона(ы), касающаяся состояния моего здоровья, любых заболеваний, от которых я страдал в прошлом и/или страдаю в настоящее время и/или буду страдать в будущем, и я освобождаю вас от обязанности соблюдения врачебной тайны и отказываюсь от таковой в пользу «Запрашивающей стороны». Данный письменный отказ является обязывающим для моей законно-правовой земельной собственности и для моих законных представителей так же, как для любых иных лиц, которые заменят меня.

Данный кандидат на присоединение к страховке подписал это заявление о состоянии здоровья после того, как им было получено объяснение содержания такового, на языке, которым он свободно владеет.

.....
Дата

.....
Подпись кандидата на присоединение к страховке

.....
Подпись свидетеля