

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

א.רוזן סוכנות לביטוח

משרד 03-6735915

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

מהדורת 01/2023

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - במייל: info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025

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

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about' and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details. Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here
(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

עליר להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי
כתובת דוא"ל בפרטך האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

A Insurance applicant personal details				פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance	Passport No.	מס' דרכון
Country of origin מוצא		Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטח	Gender	מין
				☐ Male זכר ☐ Female נקבה	☐ זכר ☐ נקבה
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל		Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת	
		From To		עד תאריך	
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 כתובת: 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 ליב: 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	העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי ☐	Construction / בניין ☐
Agriculture / חקלאות ☐	Nursing care / סיעוד ☐

C Provider selection	בחירת ספק שירות
☐ Maccabi Health Services (the service is provided in the nursing and general divisions)	☐ מכבי שרותי בריאות (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי)
☐ Clalit Health Services Clalit Health Services (the service is provided in the nursing, general, agricultural, and construction divisions)	☐ שירותי בריאות כללית (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי/חקלאות/בניין)



D	פרטי ביטוח קודמים	Details of previous insurance policies
האם הייתם מבוטאים בהרצל או בחברת ביטוח אחרת? ☐ לא ☐ כן אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:		Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? ☐ No ☐ Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name שם החברה
From מתאריך	To עד תאריך	Policy No. מס' פוליסה
		Membership No. מס' חבר

E	מידע למועמד לביטוח	Information for the Insurance Candidate
1. בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח (תשלום בגין התקופה כאמור, יכול להתבצע ע"י המבוטא או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום. 2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. 1. According to the terms of the Policy, during 90 days following the end of the insurance period, the insurance period may be extended as a continuation, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and the extension of the insurance (payment for the said period may be made by the Insured or by the Employer), and as long as you continue to be employed as a foreign worker. After the passing of 90 days from the end of the insurance period, inclusion under a new policy will involve an underwriting process. 2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.		

F	הצהרת המועמד לביטוח	Declaration of Insurance Candidate								
1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטא/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאני חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה. (ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. 2. מוטבים במקרה מות המבוטא חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה. 3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח. 4. (א) בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה. (ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה ובוצע לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735). 5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן. 6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת <table><tr><td>כן</td><td>לא</td></tr><tr><td> (א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווק, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. </td><td></td></tr><tr><td> (ב) הרינו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il. </td><td></td></tr><tr><td> 7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליהם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. </td><td></td></tr></table> תאריך..... שם המועמד לביטוח..... חתימה..... עד לחתימה (סוכן הביטוח): תאריך..... שם..... אריק רוזן..... ת"ז..... 055027015..... חותמת..... מס' רישיון..... חתימה.....			כן	לא	(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווק, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.		(ב) הרינו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.		7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליהם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.	
כן	לא									
(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווק, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.										
(ב) הרינו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.										
7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליהם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.										

F Declaration of Insurance Candidate		הצהרת המועמד לביטוח	
1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal. (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website. (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will. (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof. 2. Beneficiaries in case of death You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order. 3. Procedure of Joining: The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate. 4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy. (b) I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal. (c) If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Harel at any time, by phoning Harel (*2735). 5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.			
6. Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material		no	yes
(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group. (b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts. If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.harel.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777. Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il			
7. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.			
Date		Name of insurance Candidate	
Witness to the signature (the insurance agent):		Signature 	
Date	Name	I.D. 055027015	
License no.	Signature 	Stamp	

G 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 דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד	

< <

StudioHarel 37397 27 01/2023

StudioHarel 37397 27 01/2023

י

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

 $\leq$ $\leq$

L	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		
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.ז.	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	
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.								
For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time. The charge will be in New Israeli Shekels, according to the dollar exchange rate on The billing will be sent to the credit company. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment. If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies. This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form.								
Signature of the credit card holder / חתימת בעל כרטיס האשראי							Date / תאריך	



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

שם המבוטח	מספר פוליסה
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

02/2021	3278.4	סטודיו הארץ
---------	--------	-------------

הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)					
תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח
				סה"כ	

מספר הבנק..... שם הבנק..... מספר סניף..... מספר חשבון.....

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון בנק.....
 סניף עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר.....					
תוקף		מספר כרטיס			
חודש	שנה				

תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ מספר זהות: _____ חתימת בעל החשבון: _____ 

- אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.
- אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך: שם סוכן: **אריק רוזן** מספר סוכן: 63187 חתימת הסוכן: 

სადაზღვევო წინადადების შესაბამისად, თან ერთვის ამ დოკუმენტს, და წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის განუყოფელ ნაწილს

ჰარელ – დაზღვევა და ფინანსები

ფორმა მოცემულია როგორც ქალებისთვის, ასევე მამაკაცებისთვის.

გთხოვთ, დარწმუნდეთ, რომ შეავსეთ ეს ფორმა ზუსტად და სრულად.

05/2020 Edition

ვის:

სადაზღვევო კომპანიას “ჰარელ ლტდ”, უცხოელი მუშების \ ტურისტების დაზღვევის

დეპარტამენტი

აბა ჰილელ 3, ს/ყ 1951, რამატ- განი 5211802, ფაქსი: 03-7348083, ელ. ფოსტა: fax7930@harel- ins.co.il

A სადაზღვევო კანდიდატის პირადი მონაცემები					
უცხოური პასპორტის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი 	სქესი ☐ კ ☐ ქ	
ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის კითხვებზე პასუხის გაცემისათვის შესაბამისი პასუხის გვერდით დაუსვით ნიშანი «✓». თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა ერთვოდეს დაკავშირებული პრობლემის შესახებ განახლებული ცნობა მკურნალი ექიმისაგან, ანალიზების შედეგები, და მკურნალობის დახასიათება..					
ნაწილი ა) : საერთო შეკითხვები				დიახ	არა
1. სიმაღლე სმ წონა კგ.....					
2. ☐ თუ იყენებთ ან იყენებდით ოდესმე ნარკოტიკებს ? ☐ თუ სვამთ ან სვამდით რეგულარულად ალკოჰოლურ სასმელებს? ჩამოთვალეთ მოხმარების რაოდენობა,ჭიქა დღეში.					
3. ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თქვენ მოიხსენიებთ რომელიმე შემდეგ შემოწმებაზე (არა როგორც რუტინული შემოწმებების ნაწილი) და ჯერ არ ჩატარებულა ეს ან ჯერ არ მოგიღიათ ისეთი საბოლოო დიაგნოზი, როგორიცაა: ქრონიკული დაავადებები, კათეტერიზაცია, ექოკარდიოგრაფია, CT, MRT , ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ორსულობის შემოწმებები არ ითვლება) ბიოფსია, ფარული სისხლი, კოლონოსკოპია ან გასტროსკოპია, აუტოიმუნური დაავადებები მჭამელა/lupus ის ჩათვლით? (დადებით შემთხვევაში წარმოადგინეთ მოწმობა მკურნალი ექიმისაგან, სადაც იქნება აღწერილი მიზეზი ამ შემოწმების გატარებისა, შემოწმების შედეგები და საბოლოო დიაგნოზი).					
4. გაიარეთ თუ არა თქვენთვის ქირურგიული ოპერაცია/ტრანსპლანტაცია ბოლო 10 წლის განმავლობაში? ან თუ აპირებთ ? გთხოვთ დააზუსტოთ _____					
5. იყავით თუ არა ჰოსპიტალიზებული საავადმყოფოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი და მიღებული მკურნალობა _____					
6. ღებულობდით, ან ურჩევიათ თუ არა, თქვენთვის მედიკამენტების რეგულარული მიღება ბოლო 10 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ, რა დაავადებას მკურნალობდით, როგორი იყო მკურნალობა და რამდენი ხანი ღებულობდით ამ მედიკამენტს ? _____					
7. დაადგინეს თუ არა რომელიმე ალერგია ? გთხოვთ დააზუსტოთ _____					
ნაწილი ბ) ხომ არ გამოვლინდა დაავადება, სიმპტომი, დარღვევა, დაკავშირებული ერთი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ თემებთან:				დიახ	არა
1. ☐ ნერვული სისტემა ☐ დამბლა (ინსულტი) ☐ ეპილეფსია ☐ გაფანტული სკლეროზი ☐ კუნთოვანი დისტროფია ან სხვა დეგენერატიული დაავადება ☐ განმეორებითი თავბრუსხვევა ☐ წონასწორობის დარღვევები ☐ თავის ტკივილი ☐ უსუსური ☐ პარკინსონი ☐ ალცჰეიმერი ☐ ტრემორი ☐ გონებრივი ჩამორჩენილობა ☐ აუტიზმი ☐ დაუნის სინდრომი ☐ პოლიომელიტი ☐ ცერებრული დამბლა ☐ გუჩერის (Gaucher) დაავადება ☐ გრძნობის დაკარგვა ☐ ყურადღების და კონცენტრაციის შეფერხებები ☐ შაკიკი ☐ მიმართეთ თუ არა ექიმს მეხსიერების დაქვეითების გამო (დემენცია)? ☐ შიდის ☐ HIV გადამზიდავები ☐ მჭამელა/lupus თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა დაერთოს განახლებული ცნობა მკურნალე ნევროლოგი– ექიმისაგან.					
2. თვალეზი და ხედვა ☐ კატარაქტა ☐ ბადურისა და რქოვანას პრობლემები ☐ გლაუკომა ☐ თვალეზის ანთებები ☐ სტრათიზმი ☐ სიბრმავე თვალეზის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____					
3. გული: ☐ გულის არითმიები ☐ გულის დაავადება ☐ გულის უკმარისობა ☐ გულის შეტევა ☐ თანდაყოლილი გულის მანკი ☐ კათეტერიზაცია ☐ დაავადების სიმპტომები, გულის სხვა დაავადება/პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____					



A სადაზღვევო კანდიდატის პირადი მონაცემები			
	ნაწილი B) ხომ არ გამოვლინდა დაავადება, სიმპტომი, დარღვევა, დაკავშირებული ერთი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ თემებთან:	დიახ	არა
4.	სისხლძარღვები : ☐ ვარიკოზული ვენები (ფეხების მარღვებში) ☐ კაროტიდული არტერია (კისრის არტერიებში) ☐ კოაგულაციის დარღვევები ☐ ანემია ☐ სისხლის დაავადება ☐ DVT (თრომბოზი) ☐ PVD(პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება), სისხლძარღვების სხვა დაავადება/პრობლემა? ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
5.	მეტაბოლური დაავადებები : ☐ დამცავი ჯირკვალი (ფარისებრი ჯირკვალი) ☐ ლიმფური კვანძი ☐ სანერწყვე ჯირკვალი ☐ ოფლის ჯირკვალი ☐ ჰიპოფიზის ჯირკვალი ☐ დიაბეტი ☐ სისხლის მაღალი წნევა ☐ ცხიმის მაღალი დონე / ქოლესტერინი, სხვა მეტაბოლური დაავადება/პრობლემა? ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
6.	რესპირატორული ტრაქტი : ☐ ასთმა ☐ ტუბერკულოზი ☐ COPD (ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) ☐ თივის ცხელება ☐ განმეორებადი რესპირატორული ინფექციები და ქოშინი ☐ პლევრის ღრუში ჰაერის დაგროვება (პნევმოთორაქსი) ☐ კისტური ფიბროზი რესპირატორული ტრაქტის სხვა დაავადება/პრობლემა? ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
7.	საჭმლის მომნელებელი სისტემა : ☐ კუჭის/თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ☐ გულმძარვა ☐ კრონის დაავადება ☐ კოლიტი ☐ რეფლუქსი ☐ ბუასილი ☐ ფისურა/ფისტულა ☐ ნაწლავის გაუვალობა ☐ პანკრეასის დაავადება / ანთება ☐ საყლაპავი ☐ ნაღვლის ბუშტი ☐ ქვები ნაღვლის ბუშტში საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადება/პრობლემა? ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
8.	ღვიძლი : ☐ სიყვითლე ☐ ჰეპატიტი B,C,D ☐ ცხიმოვანი ღვიძლი ☐ ციროზი, ღვიძლის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
9.	თიაქარი : თიაქარის მდებარეობა: დიაფრაგმაში / ნაფანში / მარჯვენა საზარდულში / მარცხენა საზარდულში გაიარეთ თუ არა ოპერაცია თიაქარის მკურნალობისათვის? ☐ არა ☐ დიახ, როდის?(თარიღი) _____ პრობლემა მოგვარდა თუ არა? ☐ არა ☐ დიახ		
10.	თირკმელები და საშარდე გზები: ☐ მორეციდივე ანთებები ☐ ქვები თირკმელებში და საშარდე გზებში ☐ თირკმელების ცისტები ☐ საშარდე გზების დარღვევები ☐ თირკმელების უკმარისობა, თირკმელების და საშარდე გზების სხვა დაავადება/პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
11.	სახსრები და ძვლები: ☐ სახსრების ანთება (ართრიტი) ☐ პოდაგრა ☐ ზურგი/ხერხემალი ☐ სახსრები ☐ მუხლები ☐ სახსრების და ძვლების სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
12.	კანისა და სქესის დაავადებები: ☐ კანის სიმსივნეები ☐ კანის დაზიანება ☐ ფსორიაზი ☐ სქესის დაავადებები ☐ სიფილისი ☐ სხვა კანისა და სქესის დაავადება/პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
13.	☐ ავთვისებიანი სიმსივნეები ☐ ონკოლოგიური დაავადებები (კიბო)		
14.	ქალებისათვის ☐ მკერდის სარძევე ჯირკვლები (მკერდის გადიდების ჩათვლით) ☐ გინეკოლოგიური სისტემა, სხვა ქალთა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____ ☐ ხარტ ორსულად ? ☐ გაიარეთ თუ არა საკეისრო კვეთა მშობიარობის დროს? თუ გაიარეთ, როდის		
15.	კაცებისთვის ☐ პროსტატის პრობლემები ☐ ვარიკოცელე და ჰიდროცელე ☐ სხვა მამრობითი დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		
16.	ფსიქიური დაავადებები: ფსიქიური დაავადება, რომელიც ფსიქოლოგმა, ფსიქიატრმა ან ოჯახის ექიმმა აღმოაჩინა		
17.	ყელ ყურ ცხვირის დაავადებები : ☐ ძილის აპნოეს სინდრომი ☐ პოლიპი ცხვირში ☐ სინუსიტი ☐ სხვა ყელ ყურ ცხვირის დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____		

გთხოვთ დააზუსტოთ:

.....

.....

.....

.....

.....

B	სადაზღვევო კანდიდატის დეკლარაცია 1. ვაცხადებ, რომ ყველა პასუხი სწორია, სრულია და წარმოვადგინე ნებაყოფლობით. 2. პასუხები, მითითებული მოცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციაში და ნებისმიერი სხვა ინფორმაცია, წარმოდგენილი დამზღვევის განკარგულებაში, ისევე, როგორც პირობები, მიღებული ამ მხრივ დამზღვევთან, გამოლენებული იქნებიან როგორც სადაზღვევო კონტრაქტის აუცილებელი პირობა თქვენ და დამზღვევ შორის, და როგორც მისი განუყოფელი ნაწილი. 3. დამზღვევი უფლებამოსილია გადაწყვიტოს - მიიღოს ან უარყოს ეს წინადადება, და ის არ იქნება ვალდებული განმარტოს თავისი გადაწყვეტილება. გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ დაზღვევის ხელშეკრულება ძალაში შედის მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დამზღვევი გასცემს წერილობით დადასტურებას, რომ დაზღვეული პირი მიღებულია დაზღვევაში და იმის შემდეგ პირველი სადაზღვევო წვლილი იქნება სრულად გადახდილი. პირველი სადაზღვევო წვლილის სრულადი გადახდის პირობა არ გამოიყენება, თუ დამზღვევი მიიღებს გადახდის ისეთ საშუალებას, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი იქნება ამოიღოს სადაზღვევო პრემიები. 4. ინფორმაცია, რომელსაც შეიცავს ეს დოკუმენტი, საჭიროა პოლისებთან თვენი შეერთებისათვის, ასევე როგორც ყველა სხვა საკითხებისათვის, რომლებიც ეხება პოლისებს და მათთან მუშაობას. კომპანია, ისევე, როგორც სხვა "ჰარელ" ჯგუფის კომპანიები («ჰარელ ჰაშვოტ ბეზიტუახ ვე შირუტიმ ფინანსიმ ლტდ.» და მისი შვილობილი კომპანიები) და/ან რომელიმე მათგანი, რომელიც გამოიყენებს ამ ინფორმაციას, მათ შორის დამუშავება, შენახვა, და მისი გამოყენება ნებისმიერ საკითხში, რომელიც ეხება პოლისებს და სხვა კანონიერი მიზნებისთვის, და თვით ინფორმაციის კიდევ მესამე მხარეს გადაცემით იმ პირობით, რომ ის მოქმედებს "ჰარელ"-ის სახელით. 5. უარი თქვა, თუ არა, რაიმე სადაზღვევო კომპანიამ \ ან გააუქმა თქვენი შეთავაზება დაზღვევის შესახებ? ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____ 6. საექიმო საიდუმლოზე უარის თქმა : მე, ქვემოთ ხელის მომწერი, ვაძლევ ნებართვას ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდს, და/ან მის სამედიცინო დაწესებულებებს, ისევე როგორც ყველა ექიმებს და/ან ფსიქიატრებს, სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს და საავადმყოფოებს, და/ან ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიებს, და/ან სხვა დაწესებულებებს, და/ან პირებს, თუ ეს აუცილებელია, უფლებებისა და ვალდებულებების განმარტებისათვის ამ პოლისთან შესაბამისად, და/ან სასურველი დაზღვევის მოპოვების შესაძლებლობის პროცესის შესასწავლად, გადაეცეს კომპანია "ჰარელ"-ს ნებისმიერი ინფორმაცია, მათ შორის, ინფორმაცია, რომელიც კომპანიის განკარგულებაშია, ისევე, როგორც პირადი მონაცემები, გამონაკლისის გარეშე, და ისე, როგორც ეს საჭირო იქნება „განმცხადებლის“ მიმართ. მე არ მოვითხოვ საექიმო საიდუმლოს დაცვას ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ, და ყველა დაავადებების შესახებ, რომელიც მე განვიცადე წარსულში, და/ან ვარ ამ დროს დაავადებული, და/ან ვიქნები დაავადებული მომავალში, თვენგან და „განმცხადებლისაგან“. ეს უარის თქმა არის სავალდებულო ჩემთვის, ჩემი მემკვიდრისათვის, ჩემი კანონიერი წარმომადგენლებისათვის, და აგრეთვე ყველასთვის, ვინც ჩემ თავს შეცვლის.
---	---

ეს დეკლარაციის ფორმა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ იყო ხელმოწერილი სადაზღვევო კანდიდატის მიერ იმის შემდეგ, რაც მას განუმარტეს შინაარსი მისთვის გასაგებ ენაზე.

თარიღი _____ სადაზღვევო კანდიდატის ხელმოწერა _____ მოწმის ხელმოწერა _____

C	მიღების პირობების დამტკიცება წინასწარ ვეთანხმები იმას, რომ როგორც გამოირკვევა ხელმოწერის პროცესის ფარგლებში, მოთხოვნილი პოლისის წარმოების მიზნით ქვემოთ ჩამოთვლილ ხელმოწერილი პირობები არიან აუცილებლები, ესენი განისაზღვრება იმ პოლისის ფარგლებში, რომელიც იქნება ძალაში ჩემთვის თემატიკის მიხედვით : სადაზღვევო შემთხვევა არ დაიფარება თუ დაკავშირებულია _____ _____ თარიღი _____ სახელი _____ პასპორტის № : _____ ხელმოწერა _____
---	--