

**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 יכול 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)

|                                                                              |                      |                                                 |                                          |                                                                           |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>A Insurance applicant personal details</b>                                |                      |                                                 |                                          | <b>פרטי המועמד לביטוח</b>                                                 |                                                               |
| 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                                                           |
|                                                                              |                      |                                                 |                                          | <input type="checkbox"/> Male זכר<br><input type="checkbox"/> Female נקבה | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |
| Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל                                   |                      | Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת |                                          |                                                                           |                                                               |
|                                                                              |                      | From מתאריך 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 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>B The purpose for coming to Israel</b>     | <b>העיסוק למענו הגעת לישראל</b>               |
| General / כללי <input type="checkbox"/>       | Construction / בניין <input type="checkbox"/> |
| Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/> | Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C Provider selection</b>                                                                                                                                        | <b>בחירת ספק שירות</b>                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Maccabi Health Services (the service is provided in the nursing and general divisions)                                                    | <input type="checkbox"/> מכבי שרותי בריאות (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי)                |
| <input type="checkbox"/> Clalit Health Services Clalit Health Services (the service is provided in the nursing, general, agricultural, and construction divisions) | <input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי/חקלאות/בניין) |

|                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D                                                                                                                                                                         | פרטי ביטוח קודמים | Details of previous insurance policies                                                                                                                                                                                 |
| האם היית מבוטח בִּהְרָאֵל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן<br>אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות: |                   | Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes<br>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 |
| <p>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 המבוטח או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |                    |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | הצהרת המועמד לביטוח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Declaration of Insurance Candidate |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח/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.</p> <p>(ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.</p> <p>(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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>2. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח<br/>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>(ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</p> <p>(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).</p> <p>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 אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.</p> <p>6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת</p> <table><tr><td>כן</td><td>לא</td></tr><tr><td><p>(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) ובשיווקם, 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.</p></td><td><p>(ב) הרינו להודיעך 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).</p><p>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 <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> 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.</p><p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p></td></tr></table> <p>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 ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם 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.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    | כן | לא | <p>(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) ובשיווקם, 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.</p> | <p>(ב) הרינו להודיעך 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).</p> <p>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 <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> 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.</p> <p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p> |
| כן                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | לא                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>(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) ובשיווקם, 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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>(ב) הרינו להודיעך 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).</p> <p>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 <a href="http://www.hrl.co.il/pirsum">www.hrl.co.il/pirsum</a> 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.</p> <p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p> |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| תאריך..... שם המועמד לביטוח..... חתימה.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| עד לחתימה (סוכן הביטוח):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| תאריך.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | שם.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | אריק רוזן                          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ת"ז.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 055027015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| מס' רישיון.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | חתימה.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | חתימה.....                         |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| F Declaration of Insurance Candidate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               | הצהרת המועמד לביטוח                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <p>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.</p> <p>(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.</p> <p>(b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will.</p> <p>(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.</p> <p>2. Beneficiaries in case of death<br/>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>(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.</p> <p>(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).</p> <p>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.</p> |                                                                                               |                                                                                                 |     |
| 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.<br>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 <a href="http://www.harel.co.il/pirsum">www.harel.co.il/pirsum</a> 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.<br>Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                 |     |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                 |     |
| 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     |  |

< <

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

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

 $\leq$  $\angle$

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |                |                                                                                    |        |                   |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|--------------------|
| 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 |        | יב                |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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          |                                                                                    |        |                   |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |                |                                                                                    |        |                   |                    |
| <p>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.</p> <p>ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.</p> <p>היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.</p> <p>הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                |                                                                                    |        |                   |                    |
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies.</p> <p>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.</p> |                                                                                                                          |                |                                                                                    |        |                   |                    |
| 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.

מאשר בזאת לשלם את דמי הביטוח בגין הפוליסות שלהל:

אנא מלא את הסעיף הרלוונטי להלן:

## ב הוראת תשלום באמצעות העברה בנקאית

## ג. הוראת תשלום באמצעות הוראת קבע

## ת הוראת שלום באמצעות כרטיסי אשראי (מצ"ב פירוט)

ידוע לנו כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטחים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזרו באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.

יודגש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליהם יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

ולראיה באנו על החתום:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם בעל החשבון: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון: \_\_\_\_\_

## הצהרת הסוכן/ות

- 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: \_\_\_\_\_



**מורקית**  
**HAREL**  
Insurance & Finance

Lütfen bu formu tam ve kesin olarak doldurmaya özen gösterin.

Abba Hillel Cad. No. 3, P.K. 1951, Ramat Gan 5211802, Faks: 03-7348083 eposta: fax7930@harel-ins.co.il

| Sigorta Adayının Kişisel Bilgileri                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|-----|--|--------------|--|-------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Pasaport No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Soyadı |  | Adı |  | Doğum Tarihi |  |       | Cinsiyeti<br><input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K |  |
| Sağlık Beyanı'nda aşağıdaki soruları, uygun sütuna “✓” işareti koymak suretiyle cevaplayınız. Cevaplardan herhangi birinin olumlu olması halinde, beyan edilen tıbbi sorun, tahlil/kontrol sonuçları, tedavi şekli ve güncel durum hakkında, ilgili doktordan alınmış, güncel durumu yansıtan bir belgenin iliştilirilmesi gerekmektedir. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| Bölüm A: Genel Sorular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |  |     |  |              |  | Hayır | Evet                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Boy..... cm. Ağırlık ..... kg.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Acaba uyuşturucu kullanıyor musunuz veya hiç kullandınız mı?<br><input type="checkbox"/> Acaba düzenli olarak alkollü içki içiyor musunuz veya geçmişte içer miydiniz? Kullanım miktarını belirtin.<br>Günde ..... bardak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Son 10 yıl içinde, (rutin kontroller dışında) aşağıdaki kontroller içinde yaptırmanız istendiği ve sizin henüz yaptırmadığınız veya sizin için henüz nihai bir teşhisin konmuş olmadığı herhangi bir kontrol var mı? Örneğin: Kronik hastalıklar, anjiyo, kemik taraması, ekokardiyografi, MR, BT, ultrason (rutin hamilelik takibi dışında), biyopsi, gizli kan, kolonoskopi veya gastroskopi, otoimmün hastalıklar ve buna dâhil olarak lupus (deri veremi) (Eğer cevap “Evet” ise, ilgili doktordan alınmış, muayenenin sebebini, muayene sonucunu ve nihai teşhisi tarif eden bir belge aktarmanız gerekmektedir).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Son 10 yıl içinde bir ameliyat / organ nakli geçirdiniz mi veya geçirecek misiniz?<br>Lütfen belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Son 10 yıl içinde hastaneye yatırıldınız mı? Lütfen hastaneye yatırılma sebebini ve aldığınız tedaviyi belirtiniz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Son 10 yıl içinde düzenli olarak ilaç aldınız mı veya almanız tavsiye edildi mi? Lütfen hakkında tedavi gördüğünüz / görmekte olduğunuz sorunu, tedavinin ne olduğunu ve bahsi geçen ilacı ne kadar süreyle aldığınızı belirtiniz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Acaba size alerji teşhisi konu mu? Lütfen belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| Bölüm B: Acaba size aşağıda belirtilen konulardan biriyle bağlantılı bir hastalık, olgu, bozukluk teşhisi konu mu?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |  |     |  |              |  | Hayır | Evet                                                               |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sinir sistemi <input type="checkbox"/> Serebrovasküler olay <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Multipl skleroz <input type="checkbox"/> Kas distrofisi veya başka bir dejeneratif hastalık<br><input type="checkbox"/> Tekrarlayan baş dönmeleri <input type="checkbox"/> Baş ağrıları <input type="checkbox"/> Denge bozuklukları <input type="checkbox"/> Bayılmalar <input type="checkbox"/> Parkinson<br><input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Zeka geriliği <input type="checkbox"/> Otizm <input type="checkbox"/> Down sendromu <input type="checkbox"/> Beyin felci <input type="checkbox"/> Çocuk felci <input type="checkbox"/> Gaucher hastalığı <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği bozukluğu <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Acaba hafıza düşüklüğüne (demans) bağlı olarak doktora başvurduğunuz mu? <input type="checkbox"/> AIDS<br><input type="checkbox"/> HIV taşıyıcılığı <input type="checkbox"/> Deri veremi (lupus)<br>Eğer bir veya daha fazla konuda cevap “Evet” ise, ilgili nörologdan güncel durumu belirten bir mektup iliştiirmeniz gerekmektedir. |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Göz ve görüş: <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> RRetina ve kornea sorunları <input type="checkbox"/> Glokom <input type="checkbox"/> Göz iltihapları <input type="checkbox"/> Şaşılık <input type="checkbox"/> Körlük<br>Başka bir göz hastalığı / sorunu: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kalp: <input type="checkbox"/> Kalp ritminde bozukluklar <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği <input type="checkbox"/> Kalp krizi <input type="checkbox"/> Doğuştan kalp kusuru <input type="checkbox"/> Anjiyo<br><input type="checkbox"/> Kapakçık hastalıkları, Başka bir kalp hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.<br>Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Damarlar: <input type="checkbox"/> Varisler (bacak damarlarında) <input type="checkbox"/> Şahdamarı (boyun damarlarında) <input type="checkbox"/> Pıhtılaşma bozuklukları<br><input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Kan hastalığı <input type="checkbox"/> DTV (derin ven trombozu) <input type="checkbox"/> PVD (periferik vasküler hastalık),<br>Başka bir damar hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Metabolizma Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Tiroit bezi <input type="checkbox"/> Lenf bezi <input type="checkbox"/> Tükürük bezi <input type="checkbox"/> Ter bezi <input type="checkbox"/> Hipofiz bezi <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı<br><input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon <input type="checkbox"/> Yüksek lipit / kolesterol, Başka bir metabolizma hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Solunum Yolları: <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) <input type="checkbox"/> Saman nezlesi<br><input type="checkbox"/> Solunum yollarında tekrar eden iltihaplar ve nefes darlığı <input type="checkbox"/> Pnömotoraks <input type="checkbox"/> Kistik fibroz<br>Başka bir solunum yolları hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.<br>Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sindirim Sistemi: <input type="checkbox"/> Mide / Onikiparmak bağırsağı ülseri <input type="checkbox"/> Mide yanması <input type="checkbox"/> Crohn hastalığı <input type="checkbox"/> Kolit <input type="checkbox"/> Reflü <input type="checkbox"/> Basur<br><input type="checkbox"/> Fisür / fistül <input type="checkbox"/> Bağırsak tıkanması <input type="checkbox"/> Pankreas hastalıkları / iltihapları <input type="checkbox"/> Yutak <input type="checkbox"/> Safra kesesi<br><input type="checkbox"/> Safra kesesinde taşlar. Başka bir sindirim sistemi hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.<br>Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |  |     |  |              |  |       |                                                                    |  |



## A Sigorta Adayının Kişisel Bilgileri

| Bölüm B: Acaba size aşağıda belirtilen konulardan biriyle bağlantılı bir hastalık, olgu, bozukluk teşhisi konu mu? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hayır | Evet |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| 8.                                                                                                                 | <b>Karaciğer:</b> <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Hepatit B, C, D <input type="checkbox"/> Yağlı karaciğer <input type="checkbox"/> Siroz<br>Başka bir karaciğer hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                               |       |      |
| 9.                                                                                                                 | <b>Fıtık (herni):</b> Fıtığın yeri: Diyaframda / Göbekte / Sağ kasıkta / Sol kasıkta<br>Fıtığın tedavisi için ameliyat geçirdiniz mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ne zaman? (tarih) .....<br>Sorun çözüme kavuşturuldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                                                     |       |      |
| 10.                                                                                                                | <b>Böbrekler ve İdrar Yolları:</b> <input type="checkbox"/> Tekrar eden iltihaplar <input type="checkbox"/> Böbreklerde veya idrar yollarında taşlar <input type="checkbox"/> Böbreklerde kistler<br><input type="checkbox"/> İdrar yollarında kusurlar <input type="checkbox"/> Böbrek yetmezliği.<br>Başka bir böbrek ve idrar yolları hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: ..... |       |      |
| 11.                                                                                                                | <b>Eklemler ve Kemikler:</b> <input type="checkbox"/> Eklem iltihabı (artrit) <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Sırt / omurga <input type="checkbox"/> Eklemler <input type="checkbox"/> Dizler<br>Başka bir eklem ve kemik hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.<br>Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                       |       |      |
| 12.                                                                                                                | <b>Cilt ve Zührevi Hastalıklar:</b> <input type="checkbox"/> Cilt tümörleri <input type="checkbox"/> Cilt lezyonları <input type="checkbox"/> Sedef hastalığı <input type="checkbox"/> Zührevi hastalık <input type="checkbox"/> Frengi<br>Başka bir cilt ve zührevi hastalık / sorun <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                       |       |      |
| 13.                                                                                                                | <b>Kötücül tümörler / kötücül hastalıklar (kanser)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |      |
| 14.                                                                                                                | <b>Kadınlar İçin:</b> <input type="checkbox"/> Göğüsler (göğüs büyütme dâhil) <input type="checkbox"/> Jinekolojik sistem<br>Başka bir kadın hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....<br><input type="checkbox"/> Hamile misiniz? <input type="checkbox"/> Sezaryenle doğum yaptınız mı? Cevap “Evet” ise, ne zaman? .....                                                        |       |      |
| 15.                                                                                                                | <b>Erkekler İçin:</b> <input type="checkbox"/> Prostat sorunları <input type="checkbox"/> Varikosel / Hidrozel<br>Başka bir erkek hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtin: .....                                                                                                                                                                                                          |       |      |
| 16.                                                                                                                | <b>Ruh Hastalıkları:</b> Psikolog, psikiyatr veya aile doktoru tarafından teşhis edilmiş bir ruh hastalığı.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |      |
| 17.                                                                                                                | <b>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları:</b> <input type="checkbox"/> Uyku apnesi sendromu <input type="checkbox"/> Burunda polip <input type="checkbox"/> Sinüzit<br>Başka bir kulak burun boğaz hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap “Evet” ise, belirtiniz: .....                                                                                                                                              |       |      |

Ayrıntı verin: .....

### B Sigorta Adayının Beyanı

1. Tüm cevapların doğru, tam ve özgür irademe verilmiş olduğunu beyan ederim.
2. Sağlık beyanında belirtilen cevaplar ve Sigortalayana teslim edilecek diğer her bilgi ve yine, bu konuda Sigortalayan nezdinde makbul olan koşullar, Sigortalayanla aranızdaki sigorta sözleşmesinin esas nitelikli koşulları olarak görev yapacak ve onun ayrılmaz bir parçasını teşkil edecektir.
3. Sigortalayan, Başvuruyu, kararına gerekçe göstermek zorunda olmaksızın kabul veya reddetmeye karar verebilir. Bilginize; sigorta sözleşmesi yalnızca, Sigortalayan Sigortalıyı sigortaya kabul ettiğine dair yazılı bir onay çıkardıktan sonra ve ilk sigorta ödemesinin tam olarak gerçekleştirilmesinin ardından yürürlüğe girecektir. İlk sigorta ödemesinin tam olarak ödenmesine dair bu koşul, Sigortalayan sigorta primlerini tahsil etmesini mümkün kılacak bir ödeme aracını teslim aldıysa geçerli olmayacaktır.
4. İşbu belgede yer alan bilgiler, poliçelere kabul edilebilmeniz için ve aynı şekilde, poliçelere ve gereklerinin yapılmasına dair her konu ve husus için zaruridir. Şirket ve Harel Grubu içindeki başka şirketler (Harel Sigorta Yatırımları ve Finans Hizmetleri Ltd. ve onun alt kuruluşları) ve/veya onların adına hareket eden herhangi biri bu bilgileri, işlem den geçirmek, depolamak ve poliçelerle ilgili tüm meseleler ve diğer meşru amaçlar için kullanmak da dâhil olmak üzere kullanacaktır ve bu, söz konusu bilgilerin Harel Grubu adına ve onu temsilen faaliyet gösteren üçüncü şahıslara aktarılması yoluyla da yapılabilecektir.
5. Acaba herhangi bir sigorta şirketi sağlık sigortası teklifinizi hiç reddetti mi veya iptal etti mi?  
☐ Hayır ☐ Evet. Eğer cevap "Evet" ise belirtiniz .....
6. **Tıbbi Gizlilikten Feragat:** Aşağıda imzası bulunan ben, poliçe doğrultusundaki hakların ve yükümlülüklerin açıklığa kavuşturulması için ve/veya istenen sigortaya kabul edilmem amacıyla gereken inceleme süreci için gerekli olduğu ölçüde olmak üzere, sağlık fonunun (kupa holim) ve/veya ona ait sağlık kurumlarının ve aynı şekilde diğer tüm doktorların ve/veya psikiyatrların, sağlık kurumlarının ve hastanelerin ve/veya tüm sigorta şirketlerinin ve/veya diğer tüm kurum ve mercilerin, Harel'e, sağlık durumu, geçmişte ve/veya şu anda mustarip olduğum ve/veya gelecekte mustarip olacağım her türlü hastalık hakkındaki, Şirketin elinde bulunanlar da dâhil olmak üzere, tüm bilgileri, ayrıntıları, hiçbir istisna olmaksızın ve İstek Sahibi / Sahipleri tarafından talep edileceği şekilde teslim etmesine izin veriyorum ve sizi tıbbi gizliliği koruma yükümlülüğünden azlediyorum ve "İstek Sahibi"ne karşı bu gizlilikten feragat ediyorum. İşbu feragat yazısı, mirasımı, yasal vekillerimi ve yerimi alacak herhangi birini yükümlü kılmaktadır.

İşbu Sağlık Beyan Formu, anladığı lisanda bir açıklama almasının ardından sigorta adayı tarafından imzalanmıştır.

Tarih..... Sigorta Adayının İmzası..... Şahidin İmzası.....

### C Kabul Koşullarının Onayı

Şayet şahsım hakkındaki sigortalama süreci çerçevesinde, istenen poliçenin çıkarılması için aşağıda belirtilen sigortalama koşullarına ihtiyaç olduğu anlaşılırsa, bunların, konuya göre benim için çıkarılacak olan poliçe çerçevesinde tespit edilmesini en baştan kabul ediyorum:

Şunlarla bağlantılı bir sigorta olayı sigorta kapsamında olmayacaktır: .....

.....

Tarih İsim Pasaport No. İmza