

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

01/2023 מהדורת

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)

A Insurance applicant personal details				א פרטי המועמד לביטוח			
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance	ארץ הנפקת דרכון	Passport No.	מס' דרכון	
Country of origin מוצא		Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטח	Gender	<input type="checkbox"/> Male זכר	<input type="checkbox"/> Female נקבה	מין
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל		Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת			
		From	To	עד תאריך			
The work for which you came to Israel		העיסוק למענו הגעת לישראל					
Zip code מיקוד	Town עיר	Apartment No. מס' דירה	House No. מס' בית	**Street כתובת: רחוב			
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון				

*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.
לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
**I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	ב העיסוק למענו הגעת לישראל			
General / כללי <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/>	Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/>	Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>	

C Provider selection	ג בחירת ספק שירות	
<input type="checkbox"/> Maccabi Health Services (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 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 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 ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>2. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.</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 ביתר 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 www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</p><p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.</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 ביתר 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 www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</p> <p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.</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 ביתר 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 www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</p> <p>מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.</p>					

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה
עד לחתימה (סוכן הביטוח):		
תאריך	שם	חתימה
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 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. If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.harel.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777. Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il			
<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	

ח

אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' **אריק רוזן** לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

חתימת המבוטח: 

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms _____, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Harel and receiving from Harel on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, including details of the policies under which I am insured by Harel that are not necessarily policies for which the insurance agent to whom I assign power of attorney in this consent of mine is the handling agent, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.

Signature of the Insured 

For your information, copies of the correspondence and/or the documents related to the claim will in any case be sent to the your insurance agent for the Policy.

ט


ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

☐ בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנהלים בחברתכם.

The Capital Market Authority has created a secured internet website which enables you to view in a concentrated manner your insurance products from all insurance companies in Israel, thus based on data we deliver to them. If you do not wish for us to deliver the data, you must contact our company. If you do not wish for us to deliver your information to the Capital Market Authority as aforementioned, you can sign the request below not to deliver the information, or fill out the correct form at the company's website www.harel-group.co.il. Be advised, failure to deliver the information will prevent you from viewing on the secured website all of your insurance products from all insurance companies in Israel in a concentrated manner. You have the option of signing below a request not to deliver the information. Please note that when filed, the request to remove information as aforementioned will apply to current as well as future policies. Therefore, if you have announced in the past that you do not wish for information to be delivered, then information will as well not be delivered vis-à-vis this policy.

☐ Request to remove information from the internet interface for locating insurance products: with my signature below, I hereby confirm that I do not wish for you to deliver the information regarding my insurance products managed by your company to the Capital Market Authority. I am aware that failure to deliver the information as per my request will prevent me from viewing on the Capital Market Authority's secured website information regarding my insurance products being managed by your company.


חתימה / Signature	מספר זהות / ID no.	שם המבוטח / Name of The Insured	תאריך / Date
			מבוטח ראשי / Primary insured

י


הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: 

Agent's Statement of Compliance with Instructions of the Insurance Commissioner's Circular on the Matter of Joining an Insurance Plan:
I confirm that in the process of selling the products specified in this Form of Joining, I complied with all the instructions of the Commissioner of Insurance in the Matter of Joining an Insurance Plan, and specifically, I inquired about the needs of the candidates, I proposed insurance and/or additional coverage, a rider or a service letter to the existing insurance policy that meet/s his/her/their needs and I gave him/her/them all the essential information required

Date: _____ Name of agent: _____ Signature of agent: 

יא	חישוב דמי ביטוח
עלות יומית ב-₪	Daily cost in ₪
מס' ימים לביטוח	No. of days covered by the insurance
הנחה %	Discounts %
סה"כ דמי ביטוח ב-₪	Total insurance premium in ₪

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

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

חתימת המעסיק

תאריך: _____ שם המעסיק: _____ חותמת וחתימת המעסיק: _____

Stamp & signature of the employer

חתימת המועמד לביטוח

תאריך: _____ שם המועמד לביטוח: _____ חתימה: _____

Signature of the Insurance Candidate

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

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

02/2021	3278.4	סטודיו הראל
---------	--------	-------------

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

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


אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון בנק.

סניף עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

[illegible]

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

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

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

《以色列外籍工人医疗保险健康声明》

根据上述保险提案，该提案构成声明不可分割的一部分。

05/2020 Edition

Harel保险公司，外国工人/游客保险部

拉马特甘市阿巴·希尔勒街道3号；邮政编码521180；邮政信箱 1951；传真：7348083-03；电子邮箱：fax7930@harel-ins.co.il

A 被保险人信息

护照号码	姓	名	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
为了方便起见，这些问题都是用男性写的，但涉及到男女。如果答案是“是”，请在相应栏中勾选✓，并在此处提供详细信息。				
第一部分：一般性问题				不 是
1.	高度（厘米）：_____ 体重（kg）：_____			
2.	<input type="checkbox"/> 你是吸毒还是戒毒？ <input type="checkbox"/> 你经常喝或喝含酒精的饮料吗？列出每天的消耗量、_____ 杯数：_____			
3.	在过去的10年中，你是否接受过下列检查（不作为常规检查的一部分），并且还没有明确的诊断，例如：慢性病、导尿、标测、回声心脏，CT、MR、超声波（不属于常规妊娠监测的一部分）、隐血、结肠镜或胃镜检查、包括狼疮在内的自身免疫性疾病（因此，必须从主治医师处获得与检查原因、检查结果和最终诊断相关的证明）。			
4.	在过去的10年里，你是否接受过或将要接受手术或移植？请具体说明：_____			
5.	你是否在过去10年里住院？请详细说明你住院治疗的原因。			
6.	在过去的10年里，你是否一直在服用或被建议定期服用药物？请详细说明你在治疗什么问题，治疗方法是什么，你服用这种药多久了？			
7.	你是否被诊断出过敏？请详细说明：_____			
第二部分：你是否被诊断出与下列一种或多种疾病有关的疾病、现象或紊乱：				
1.	<input type="checkbox"/> 神经系统 <input type="checkbox"/> 脑事件 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 多发性硬化 <input type="checkbox"/> 肌营养不良或其他退行性疾病 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 反复头晕 <input type="checkbox"/> 平衡障碍 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默氏症 <input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 智力低下 <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 小儿麻痹症 <input type="checkbox"/> 感觉丧失 <input type="checkbox"/> 注意力缺陷多动障碍 <input type="checkbox"/> 偏头痛 <input type="checkbox"/> 你有没有向医生咨询过与记忆障碍（痴呆）有关的投诉？ <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 病毒携带者 <input type="checkbox"/> 狼疮 如果一个或多个问题的答案是肯定的，请附上主治神经科医生的最新信件。			
2.	眼睛和视力： <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 视网膜和角膜问题 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 眼睛感染 <input type="checkbox"/> 斜视 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 疾病/其他眼睛问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
3.	心脏： <input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心脏病发作 <input type="checkbox"/> 先天性心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心导管术 <input type="checkbox"/> 心脏病或其他心脏病 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
4.	血管疾病： <input type="checkbox"/> 静脉曲张（颈动脉 <input type="checkbox"/> 颈动脉（颈动脉 <input type="checkbox"/> 凝血障碍 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> DVT（血栓形成） <input type="checkbox"/> PVD（周围血管疾病） <input type="checkbox"/> 疾病/其他血管问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
5.	代谢性疾病： <input type="checkbox"/> 保护性腺体（甲状腺） <input type="checkbox"/> 淋巴腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 汗腺 <input type="checkbox"/> 脑下垂体 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高脂肪/胆固醇 <input type="checkbox"/> 疾病/其他代谢问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
6.	呼吸系统： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 花粉热 <input type="checkbox"/> 反复呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 气胸 <input type="checkbox"/> 囊性纤维化 <input type="checkbox"/> 疾病/其他呼吸系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
7.	胃肠道： <input type="checkbox"/> 胃/溃疡溃疡 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 结肠炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔疮 <input type="checkbox"/> 消化不良/瘦 <input type="checkbox"/> 肠梗阻 <input type="checkbox"/> 胰腺疾病/炎症 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 胆囊结石 <input type="checkbox"/> 疾病/其他消化系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
8.	肝脏： <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化、疾病/其他肝脏问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：_____			
9.	疝气： 疝气位置：膈肌/肚脐/右腹股沟/左腹股沟 你是否做过疝气治疗？ <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 是，什么时候？（日期）：_____ 这个问题是否解决？ <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 是			



^dt33539

A 被保险人信息

第二部分：你是否被诊断出与下列一种或多种疾病有关的疾病、现象或紊乱：		不	是
10.	胃肠道： <input type="checkbox"/> 胃/溃疡溃疡 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 结肠炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔疮 <input type="checkbox"/> 消化不良/痙 <input type="checkbox"/> 肠梗阻 <input type="checkbox"/> 胰腺疾病/炎症 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 胆囊结石 <input type="checkbox"/> 疾病/其他消化系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明:		
11.	关节和骨骼： <input type="checkbox"/> 关节炎（关节炎） <input type="checkbox"/> 痛风 <input type="checkbox"/> 背部/脊椎 <input type="checkbox"/> 关节 <input type="checkbox"/> 膝盖 <input type="checkbox"/> 疾病/关节问题和其他骨骼 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明:		
12.	皮肤和性疾病： <input type="checkbox"/> 皮肤肿瘤 <input type="checkbox"/> 皮肤缺损 <input type="checkbox"/> 牛皮癣 <input type="checkbox"/> 性疾病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疾病/皮肤和其他性问题		
13.	恶性肿瘤/恶性疾病（癌症）。		
14.	女性： <input type="checkbox"/> 乳房（包括乳房增大） <input type="checkbox"/> 妇科系统、疾病/其他女性问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: <input type="checkbox"/> 你是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 你是否做过剖腹产？如果是，什么时候		
15.	男性： <input type="checkbox"/> 前列腺问题 <input type="checkbox"/> 精索静脉曲张/鞘膜积液 <input type="checkbox"/> 疾病/其他男性问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明:		
16.	精神疾病： 由心理学家、精神病医生或家庭医生诊断的精神疾病		
17.	咽喉炎： <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暂停 <input type="checkbox"/> 鼻息肉 <input type="checkbox"/> 鼻窦炎 <input type="checkbox"/> 疾病/其他咽喉耳问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明:		

请具体说明: _____

B 投保人声明

- 本人谨此声明，所有回答均属正确，完整且为本人自愿作答。
- 健康声明中所列的回答和向保险公司提供的任何其他信息，以及保险公司就此接受的条款和条件，将作为您与保险公司之间的保险合同的基本条件，并构成该合同不可分割的一部分。
- 保险公司有权决定是否接受或拒绝保险合约，而不必说明其决定的理由。请注意，保险合同只有在保险公司出具被保险人已收到保险的书面确认书，并在首期保险费全部付清后才生效。如果保险公司已收到一份可以收取保险费的同时支付表格，则投保人不适用全额支付保险费的条件。
- 本文件中包含的信息对于加入保单以及与保单相关的任何其他事项和处理保单都是必要的。本公司和“Harel”集团中的其他公司（“Harel”保险）和金融服务有限公司及其子公司）和/或代表他们的任何人将可以使用该信息，包括其处理，存储和用于与其他合法政策和目的有关的任何事项，甚至可以通过向代表“Harel”集团运营的第三方转让信息。
- 是否曾有保险公司拒绝或取消你的健康保险？否/是，请解释：_____
- 我，以下签名人，特此准许健康管理组织(HMO)和/或其医疗机构，以及所有内科医生和/或精神病医生以及医疗保密豁免机构拥有：医疗机构和其他医院，和/或任何保险公司和/或任何其他机构和实体有必要澄清保单下的权利和义务，和/或为获得要求向Harel提供的保险而进行的检查的目的，包括本公司提供的任何信息以及任何未完成的信息，并以投保人要求的形式提供，这些信息涉及我以前患过的任何疾病和/或我现在仍患有的疾病和/或我将来可能患有的任何疾病所导致的对健康状况的影响，并且我免除贵方对医疗诊断保密的义务，并将此“投保人”持有的信息保密权 放弃。这份免责声明需要我的合法财产和权力为证，以及所有能代表我的代理人的认可。

拟投保人在签署本健康状况声明表之前已经得到了用他/她所熟悉之语言进行的关于该声明表之内容的相关解释。

日期 _____ 拟投保人签名 _____ 见证人签名 _____

C 接受条款的同意书

本人事先同意，当本人在承保过程中若须获得所要求的保单，便须同意下列承保条款，所有条款将在保单中明确列出，且保单政策将视乎实际情况为本人定制。

保险将不包括与以下情况有关的实例： _____

日期	姓名	护照号码	签名