

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

א.רוזן סוכנות לביטוח

משרד 03-6735915

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and
accurately

מהדורת 01/2023

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

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

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

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

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

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

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

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

F	הצהרת המועמד לביטוח	Declaration of Insurance Candidate																						
1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "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 פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה. (ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. 2. מוטבים במקרה מות 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. 3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח. 4. (א) בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה. (ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה ובוצע לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735). 5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן. 6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת <table><tr><td>כן</td><td>לא</td></tr><tr><td colspan="2">(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 פיננסיים 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.</td></tr><tr><td colspan="2">(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).</td></tr><tr><td colspan="2">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.</td></tr><tr><td colspan="2">מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.</td></tr></table> 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 אליהם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. <table><tr><td>תאריך</td><td>שם המועמד לביטוח</td><td>חתימה</td></tr><tr><td colspan="3">עד לחתימה (סוכן הביטוח):</td></tr><tr><td>תאריך</td><td>שם</td><td>חתימה</td></tr><tr><td>מס' רישיון</td><td>חתימה</td><td>חתימה</td></tr></table>			כן	לא	(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים 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.		(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).		אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il .		תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה	עד לחתימה (סוכן הביטוח):			תאריך	שם	חתימה	מס' רישיון	חתימה	חתימה
כן	לא																							
(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים 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.																								
(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).																								
אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.																								
מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il .																								
תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה																						
עד לחתימה (סוכן הביטוח):																								
תאריך	שם	חתימה																						
מס' רישיון	חתימה	חתימה																						

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

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

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

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.
The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

חתימת המעסיק

Stamp & signature of the employer	חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק	Date	תאריך
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-----------	------	-------

חתימת המועמד לביטוח

Signature	חתימה	Name of insurance applicant	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך
-----------	-------	-----------------------------	------------------	------	-------


^dt33543

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	סטודיוס 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.

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

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: 

Заявление о состоянии здоровья для медицинской страховки – иностранцы в Израиле

в соответствии со страховым предложением, прилагающимся к данному документу, являющееся неотъемлемой частью данного заявления

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

Пожалуйста, заполните этот бланк точно и полностью.

выпуск 05/2020

Кому:

Страховой компании «Харель Лтд.», отдел страхования иностранных рабочих\ туристов

Аба Гилель 3, п\я 1951, Рамат-Ган 5211802, факс :03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il

А Данные кандидата на присоединение к страховке

№ паспорта	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол ☐ М ☐ Ж	
В заявлении о состоянии здоровья нужно ответить на приведенные далее вопросы, поставив «галочку» в соответствующем столбце. Если ответ на один из вопросов является положительным, нужно приложить последний документ, полученный от лечащего врача, относящийся к проблеме, о которой идет речь в данном заявлении, а также результаты проверок, методы лечения и информацию о текущем состоянии					
Часть 1: общие вопросы				Да	Нет
1.	Рост в см Вес в кг				
2.	☐ Употребляете ли вы или употребляли ли вы наркотики? ☐ Пьете ли вы или пили ли вы постоянно алкогольные напитки? Укажите употребляемое количество рюмок в день.				
3.	Направляли ли вас в течение последних 10-ти лет на одну из следующих проверок (не в качестве части рутинных проверок), которую вы до сих пор не прошли или еще не получили окончательный диагноз, касающийся: хронических болезней, катетеризация сердца, обследования сердца, электрокардиограммы, МРИ, КТ, ультразвукового исследования (не в качестве части рутинного обследования беременных), биопсии, скрытой крови, колоноскопии или гастроскопии, аутоиммунных заболеваний, включая волчанку (если ответ «да», то нужно приложить документ, написанный лечащим врачом, в котором будет указана причина выполнения данной проверки, приведены результаты таковой и указан окончательно установленный диагноз).				
4.	Выполнялась ли вам в течение 10-ти последних лет или будет ли выполняться в будущем операция\ имплантация? Пожалуйста, уточните:				
5.	Были ли вы госпитализированы в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, укажите причину госпитализации, а также полученное вами лечение.				
6.	Принимаете ли вы в течение последних 10-ти лет или было ли вам рекомендовано постоянным образом принимать лекарства? Пожалуйста, уточните, в результате наличия какой проблемы вы лечитесь\ лечились, каким именно было лечение, как долго вы принимаете данное лекарство?				
7.	Была ли у вас диагностирована аллергия? Пожалуйста, уточните:				
Часть 2: были ли у вас диагностирована болезнь, явление, расстройство, связанное с одним или с несколькими вопросами, перечисленными далее:					
1.	☐ Нервная система ☐ инсульт ☐ эпилепсия ☐ рассеянный склероз ☐ саркопения или другое дегенеративное заболевание ☐ повторяющиеся головокружения ☐ головные боли ☐ проблемы с поддержанием равновесия ☐ обмороки ☐ болезнь Паркинсона ☐ болезнь Альцгеймера ☐ тремор ☐ умственная отсталость ☐ аутизм ☐ синдром Дауна ☐ ДЦП ☐ полиомиелит ☐ болезнь Гоше ☐ потеря чувствительности ☐ расстройство концентрации и внимания ☐ мигрень ☐ обращались ли вы к врачу с жалобами, связанными с ухудшением памяти (деменция)? ☐ СПИД ☐ носительство ВИЧ ☐ волчанка Если ответ на один из вопросов является положительным, нужно приложить последний документ, полученный от вашего лечащего врача-невролога.				
2.	Глаза и зрение: ☐ катаракта ☐ проблемы с сетчаткой и роговицей ☐ глаукома ☐ воспаление глаз ☐ косоглазие ☐ слепота ☐ другое заболевание\ проблема, связанная с глазами ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:				
3.	Сердце: ☐ расстройство сердечного ритма ☐ болезни сердца ☐ сердечная недостаточность ☐ сердечный приступ ☐ врожденный порок сердца ☐ катетеризация сердца ☐ болезни сердечных клапанов, другие болезни\ проблемы, связанные с сердцем ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:				
4.	Кровеносные сосуды: ☐ варикозное расширение вен (на ногах) ☐ сонная артерия ☐ расстройство свертываемости ☐ анемия ☐ болезни крови ☐ тромбоз глубоких вен ☐ тромбоз воротной вены (заболевание периферических сосудов), другая болезнь\ проблема, связанная с кровеносными сосудами ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:				
5.	Болезни обмена веществ: ☐ щитовидная железа ☐ имфатические железы ☐ слюнные железы ☐ потовые железы ☐ гипопаратиреоз ☐ диабет ☐ повышенное давление ☐ высокое содержание жиров\ холестерина, другая болезнь\ проблема, связанная с обменом веществ ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:				
6.	Дыхательные пути: ☐ астма ☐ туберкулез ☐ ХНЗЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) ☐ сенная лихорадка ☐ повторяющиеся инфекционные заболевания дыхательных путей и одышка ☐ пневмоторакс ☐ муковисцидоз ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:				



^dt33539

7.	Пищеварительная система: ☐ язва желудка\ двенадцатиперстной кишки ☐ изжога ☐ болезнь Крона ☐ колит ☐ рефлюкс ☐ геморрой ☐ фиссура\ фистула ☐ непроходимость кишечника ☐ заболевания\ болезни поджелудочной железы ☐ пищевод ☐ желчный пузырь ☐ камни в желчном пузыре ☐ другая болезнь\ проблема, связанная с пищеварительной системой? ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
8.	Печень: ☐ гепатит ☐ гепатиты В, С, D ☐ жирная печень ☐ цирроз\ другие заболевания\ проблемы, связанные с печенью ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
9.	Грыжа: ☐ местонахождение грыжи – диафрагма\ пупок\ в правой части промежности\ в левой части промежности Выполняли ли вам операцию для избавления от грыжи? ☐ нет ☐ если ответ «да», то когда (дата)? Была ли решена проблема? ☐ да ☐ нет		
10.	Почки и мочевыводящие пути: ☐ повторные воспаления ☐ камни в почках или в мочевыводящих путях ☐ кисты в почках ☐ врожденные пороки мочевыводящих путей ☐ почечная недостаточность, другая болезнь\ проблема, связанная с почками\ мочевыводящими путями ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
11.	Суставы и кости: ☐ воспаление суставов (артрит) ☐ подагра ☐ спина\ позвоночник ☐ суставы ☐ колени, другая болезнь\ проблема, связанная с суставами и костями ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
12.	Кожные и венерические болезни: ☐ кожные опухоли ☐ кожные язвы ☐ псориаз ☐ венерические заболевания ☐ сифилис другая дерматологическая\ венерическая болезнь\ проблема ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
13.	Злокачественные опухоли\ онкологические заболевания (рак).		
14.	Для женщин: ☐ грудь (включая ее увеличение) ☐ болезни, относящиеся к сфере гинекологии, другие женские болезни\ проблемы ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните: ☐ Вы беременны? ☐ Вам было выполнено кесарево сечение? Если да, то когда?		
15.	Для мужчин: ☐ проблемы с щитовидной железой ☐ варикоцеле\ гидроцеле другая болезнь, связанная с мужским здоровьем ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		
16.	Душевные болезни: душевная болезнь, диагностированная психологом, психиатром или семейным врачом.		
17.	Заболевания ушей, горла, носа: ☐ синдром остановки дыхания во сне ☐ полип в носу ☐ синусит Другая болезнь, связанная с заболеваниями ушей, горла, носа ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:		

Уточните:

.....

.....

Б Заявление кандидата на присоединение к страховке

1. Я заявляю, что все данные мной ответы являются верными, полными и предоставлены мной добровольно.
2. Ответы, приведенные в заявлении о состоянии здоровья, и любая иная информация, которая будет передана страхующей компании, а также условия, принятые у таковой в том, что касается данного вопроса, будут являться существенными условиями данного контракта.
3. Страхующая компания будет вправе принять решение о принятии или отказе в принятии данного предложения, и не будет обязана объяснять свое решение. К вашему сведению, страховой контракт войдет в силу только после того, как компания предоставит письменное подтверждение о приеме застрахованного в страховку, и после того, как будут полностью внесены первые страховые взносы. Данное условие, касающееся полной уплаты первых страховых взносов, не будет действовать, если страхующей компанией будет принято платежное средство, посредством которого можно взимать страховые премии.
4. Информация, включенная в данный документ, является необходимой для вашего присоединения к полисам, а также для всех других вопросов, связанных с данными полисами и с обработкой таковых. Данная компания, а также другие компании, входящие в группу «Харель» («Харель Ашкаот бэ-Битуах вэ-Ширутим Финансиим Лтд.» и ее дочерние компании) и/или кто-либо из них, будут использовать таковую, включая ее обработку, хранение и использование в любых целях, связанных с полисами, а также в других законных целях, и это будет выполняться даже посредством передачи данной информации третьим лицам, действующим от имени и по поручению группы «Харель».
5. Отказывалась ли какая-либо страховая компания в приеме или отменяла ваше предложение о присоединении к страхованию здоровья? ☐ да ☐ нет ☐ если ответ «да», уточните:
6. Отказ от соблюдения врачебной тайны: я, нижеподписавшийся, предоставляю свое разрешение больничной кассе и/или медицинским учреждениям таковой, а также любым врачам и/или психиатрам, иным медицинским учреждениям и больницам, и/или любым страховым компаниям и/или любым другим лицам и учреждениям, если это потребуется для выяснения наличия прав и обязанностей в соответствии с данным полисом и/или для выполнения процесса моего присоединения к желаемой страховке, передавать компании «Харель», любую информацию, находящуюся в распоряжении данной компании, и любые данные без исключений, и таким образом, как этого потребуют/и, касающиеся состояния моего здоровья и любых болезней, которыми я болел в прошлом, болею в настоящее время и/или буду болеть в будущем, и я освобождаю вас от обязанности хранить врачебную тайну и отказываюсь от таковой в отношении «просителя». Данный отказ является обязывающим для моих наследников и законных представителей, а также для всех, кто будет действовать вместо меня.

Данный бланк декларации о состоянии здоровья был подписан кандидатом на страхование после того, как ему была разъяснена суть такового на понятном ему языке.

Дата Подпись кандидата на страхование Подпись свидетеля

В Подтверждение условий присоединения

Я заранее предоставляю свое согласие на случай, если в рамках прохождения мной процесса подписания станет известно, что в целях выпуска желаемого полиса требуется выполнение условий подписания, приведенных далее, они будут установлены в рамках данного полиса, который будет выпущен для меня в соответствии с обстоятельствами:

Не будут покрываться страховые случаи, связанные с:

.....

Дата Имя № загранпаспорта Подпись