

הצהרת בריאות ביטוח חיים

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



Declaration of Health Life Insurance

This form is designed for men and women alike.
Please fill out this form accurately and completely.

Please fill out this form and return it to Life Insurance 03-7348169 or by e-mail to agafhaim@harel-ins.co.il
Fax 03-7348169 or by e-mail to agafhaim@harel-ins.co.il
You can verify delivery of fax message about 24 hours after sending, on the following telephone number: 1-700-70-18-70
יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה):: שם הסוכנות:
Agency name:: מס' הטלפון של הסוכן:
Agent phone number:: מספר הטלפון הנייד של הסוכן:
Agent mobile phone number:: מס' סוכן:
Agent No.:: שם המפקח:
supervisor name:

Attn: Harel Insurance Company P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802 Life Insurance department Policy / Proposal no.:	חותמת תאריך קבלת הטופס "Received date" stamp	לכבוד הראל חברה לביטוח ת.ד. 1951, רמת גן 5211802 האגף לביטוח חיים מס' פוליסה/הצעה:
---	---	--

A. DETAILS OF INSURANCE APPLICANT/INSURED PERSON פרטי המועמד לביטוח/מבוטח

Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	מין ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	D.O.B תאריך לידה	I.D. מס' ת.ז.	First Name שם פרטי	Surname שם משפחה
Mobile Tel. טלפון נייד	Zip code מיקוד	City ישוב	No. מס'	Street רחוב	
עיסוק האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					
Occupation In the framework of your occupation, do you make use of hazardous materials?					
תחביבים מסוכנים: יש לסמן ולמלא שאלון מתאים כפי שמופיע באתר הראל: <input type="checkbox"/> צלילה <input type="checkbox"/> דאיייה <input type="checkbox"/> גלישה <input type="checkbox"/> צניחה <input type="checkbox"/> סנפלינג <input type="checkbox"/> טיפוס <input type="checkbox"/> בנג'י <input type="checkbox"/> טייס <input type="checkbox"/> אולטראלייט <input type="checkbox"/> טרקטורון <input type="checkbox"/> מצנחי רחיפה <input type="checkbox"/> אומנויות לחימה <input type="checkbox"/> ספורט מוטורי <input type="checkbox"/> אופני שטח/ <input type="checkbox"/> טריאתלון <input type="checkbox"/> איש ברזל <input type="checkbox"/> סקי מים <input type="checkbox"/> אופנוע ים <input type="checkbox"/> מעופף <input type="checkbox"/> הרים/כביש					
Dangerous hobbies: Please check and fill out a suitable questionnaire as listed on Harel's website: <input type="checkbox"/> Diving <input type="checkbox"/> Gliding <input type="checkbox"/> Surfing <input type="checkbox"/> Parachuting <input type="checkbox"/> Abseiling <input type="checkbox"/> Climbing <input type="checkbox"/> Bungee jumping <input type="checkbox"/> aviation <input type="checkbox"/> Ultralight <input type="checkbox"/> Powered parachuting <input type="checkbox"/> Paragliding <input type="checkbox"/> Martial arts <input type="checkbox"/> Motorsport <input type="checkbox"/> bmx/mountain/road/off road bike <input type="checkbox"/> Triathlon <input type="checkbox"/> Iron man <input type="checkbox"/> Water Skiing <input type="checkbox"/> Water scooter					

B. DECLARATION OF WAIVER OF MEDICAL CONFIDENTIALITY הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור ל"הראל" השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או 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". כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך: שם המועמד לביטוח/המבוטח: מספר זהות: חתימת המועמד לביטוח/המבוטח:

תאריך: עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה: חתימה וחותמת (כולל מספר רישיון):

I, the undersigned, hereby authorize the HMO and/or its medical institutions and/or the IDF, as well as all physicians, medical institutions and other hospitals, the NII and/or the Ministry of Defense and/or any insurance company and/or any institution and other party to provide Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd., (hereinafter: the "Applicant"), with all the details without exception and in the form required by the Applicant about my health condition and/or any illness I had in the past and/or have now and/or shall have in the future and I release you from the obligation of medical confidentiality and waive this confidentiality for the "Applicant". This disclaimer obliges my estate, legal representatives and whoever appears in my stead.

Date: Insurance applicant/insured person's name: I.D.: Insurance applicant/insured person's signature:

Date: Witness to the signature: first and last name:

Signature and stamp (with License number):



C. CONSENT TO THE USE OF INFORMATION AND TO RECEIVE ADVERTISING MATERIAL

- אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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 לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרים ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

תאריך:
 חתימת המועמד לביטוח/המבוטח:
 אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951 רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

- I agree, beyond anything required by law or agreement, that the information contained in this document, as well as additional information regarding myself, which is held, or will be held, by the Company or any other company in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd and subsidiaries and / or affiliated companies thereof), shall also serve the companies in the Harel Group and/or anyone on their behalf, also in any matter related to the other products or services of the Harel Group companies (in the fields of insurance, long term savings and finance) and the marketing thereof, including in order to allow the abovementioned companies to share with me information regarding products and services as well as for the handling of claims, for the processing and storage of that said information and for other uses that are related to the abovementioned uses and are necessary for the completion thereof, even by transferring the information to third parties acting on behalf of and for the Harel Group.
- I agree to receive from the Company, or from other companies in the Harel Group to which my details are transferred, on the basis of my abovementioned consent, marketing offers and advertising material for the products and services of the companies in the Harel Group by fax, e-mail, automatic dialing system or a Short Message Service (SMS).

Date: Insurance Applicant/Insured's Signature:

If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as abovementioned, you can notify your refusal at any time using an "Advertising Material Receipt Refusal Form" available for you on the Company's website at: www.harel-group.co.il or by written request to: Harel House, Life department, 3 Abba Hillel Street, P.O. Box 1951, Ramat-Gan 5211802, or by calling the telephone number 03-7547777.

D. DECLARATION OF HEALTH

הצהרת בריאות

למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, תרופות קבועות והתייחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.
 For an insured whose 65th birthday will occur during the next six months, or who is over the age of 65, please attach an attending physician's medical summary that includes a list of diagnoses and treatments, medical condition, past or future surgeries, regular medication, hospitalizations, and reference to the findings of special imaging examinations carried out in the past five years.

HMO ("Kupat Holim")	קופת חולים	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	מין	תאריך לידה	I.D.	מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
		Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		D.O.B.			First Name	Surname
Height cm	גובה בס"מ	Weight kg	משקל בק"ג	שם רופא מטפל		Name of attending physician		

האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? עליה ירידה של ק"ג, אם כן, פרט את הסיבה: דיאטה אחר, פרט

Did any change occur in your weight during the last two years? Yes, Gained Yes, Lost kg of weight

If you answered "Yes", please specify the reason: Diet Other, specify

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח Chapter A1 - intended for all insurance products

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן.
 לידעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.
General instructions: Please check whether you are diagnosed or have been diagnosed in one of the conditions listed below.
 For your information, you may be required to provide additional medical documents and/or undergo a medical examination in accordance with accepted practice in our Company.

שאלה	מס' No								
<table border="1"> <tr> <td>שאלון/מידע ראשוני נדרש</td> <td>לא</td> <td>כן</td> <td>Question</td> </tr> <tr> <td>Questionnaire/Preliminary information required</td> <td>No</td> <td>Yes</td> <td></td> </tr> </table>	שאלון/מידע ראשוני נדרש	לא	כן	Question	Questionnaire/Preliminary information required	No	Yes		
שאלון/מידע ראשוני נדרש	לא	כן	Question						
Questionnaire/Preliminary information required	No	Yes							
האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> כן, כמות ליום: במשך שנים <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים. *לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים. Do you smoke or have you been smoking during the last two years? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Yes*, quantity per day: during years <input type="checkbox"/> I smoked in the past - I quit smoking years ago. *For your attention, as far as you quit smoking for a prolonged period of two years or more, please update the Company together with an appropriate affidavit, in order to examine the option to change the rate of the relevant covers.	1.								
<table border="1"> <tr> <td>שאלון אלכוהול</td> <td></td> <td></td> <td>בעשר (מעל שתי מנות ביום) בעשר השנים האחרונות?</td> </tr> <tr> <td>Alcohol questionnaire</td> <td></td> <td></td> <td>Alcohol: did you or do you consume alcoholic drinks regularly (more than two units per day) in the last ten years?</td> </tr> </table>	שאלון אלכוהול			בעשר (מעל שתי מנות ביום) בעשר השנים האחרונות?	Alcohol questionnaire			Alcohol: did you or do you consume alcoholic drinks regularly (more than two units per day) in the last ten years?	2.
שאלון אלכוהול			בעשר (מעל שתי מנות ביום) בעשר השנים האחרונות?						
Alcohol questionnaire			Alcohol: did you or do you consume alcoholic drinks regularly (more than two units per day) in the last ten years?						

D. DECLARATION OF HEALTH (continue)

שאלון/מידע ראשוני נדרש Questionnaire/Preliminary information required	לא No	כן Yes	Question	שאלה	מס' No
שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות) Narcotics questionnaire (specify type and frequency)			Narcotics: Do you use narcotics or have been using narcotics in the last ten years?	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים בעשר השנים האחרונות?	3.
שאלון מחלות במשפחה Family disease questionnaire			Family history: To the best of your knowledge, does one of your relatives (father/mother/brothers/sisters) have the following diseases or did he/she have them in the past: heart diseases, stroke, cancer, diabetes, polycystic kidneys, Multiple Sclerosis, Muscular Dystrophy, Huntington's disease, mental illnesses, Parkinson's disease, Alzheimer's disease.	היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.	4.
שאלון תאונות נכות Disability accident questionnaire			Disability, disability percentages and congenital disorder: has any disability been determined for you or has any application been filed on your behalf to determine a disability due to any disease, accident or congenital disorder?	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?	5.
מתי בוצעה, הסיבה לביצוע, ומה הייתה התוצאה (אם הבדיקה בוצעה במהלך השנה האחרונה יש לצרף תוצאות) When was it performed, the reason for performing, and what was the result (if the procedure was performed over the past year please attach the results)			Diagnostic procedures: Have you been directed and/or underwent any of the following medical and/or diagnostic procedures, even if they have not yet been concluded and a final diagnosis was not yet determined, such as: Biopsy, occult blood, CT, MRI, catheterization, myocardial perfusion scan, echocardiography, stress ECG / effort ECG, colonoscopy, gastroscopy, cystoscopy, ultrasound (not as part of a pregnancy), EEG.	בדיקות אבחנתיות: האם הופנית ו/או עברת בדיקות רפואיות ו/או אבחנתיות הבאות, גם אם טרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית, כגון: ביופסיה, דם סמוי, CT, MRI, צינטור, מיפוי לב, אקו לב, א.ק.ג. במאמץ, קולונסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה, אולטרא סאונד (שלא במסגרת הריון), EEG.	6.
פירוט ומסמכים רפואיים Details and medical documents			Are In blood tests that you have done in the last five years, was there any abnormal finding in the blood or urine tests that required further investigation?	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?	7.
שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה) Hospitalizations questionnaire + hospitalization report (if any during the past year)			Hospitalizations: Were you hospitalized or were you referred to hospital for hospitalization (including emergency room) due to a disease or an accident in the last 10 years?	אשפוזים: האם אושפזת או הופנית לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה ב-10 השנים האחרונות?	8.
פרוט וסיכומי הניתוחים Details and summary of surgeries			Surgeries: Have you underwent or have been recommended to undergo any surgery in the last 10 years?	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח ב-10 השנים האחרונות?	9.
פרוט ומסמכים רפואיים Details and medical documents			Medication: Do you take medication or were you recommended to take medication regularly in the last 10 years?	תרופות: האם את/ה נוטלת/ת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע ב-10 השנים האחרונות?	10.
פרק א2' - האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה בעשר השנים האחרונות? Chapter A2 - Were you diagnosed with the diseases/disorders and/or medical problems listed below in the past ten years?					
במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. In case a positive reply was checked for one or more of the questions listed, please check the relevant disease or problem specified the question, and provide clear details at the bottom of the health declaration and/or fill out a suitable questionnaire.					
שאלון/מידע ראשוני נדרש Questionnaire/Preliminary information required	לא No	כן Yes	Question	שאלה	מס' No
שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) פירוט ומסמכים רפואיים Epilepsy questionnaire (for epilepsy) details and medical documents			Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> The nervous system <input type="checkbox"/> The brain <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy or other degenerative disease <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="checkbox"/> Did you apply to a physician for consultation because of decline in cognition or memory? <input type="checkbox"/> Epilepsy	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> הרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא להיוועצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה	1.
שאלון לב, שאלון כלי דם, שאלון לחץ דם Heart questionnaire, blood vessels questionnaire, hypertension questionnaire			Illnesses or medical problems related to Heart and Blood vessels: <input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Blood vessels <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Peripheral vascular system <input type="checkbox"/> Arrhythmia <input type="checkbox"/> Heart valves problems <input type="checkbox"/> Heart defects	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פריריאלית) <input type="checkbox"/> הפרעות קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב	2.
שאלון מחלה נפשית Mental illness questionnaire			<input type="checkbox"/> Mental illness or diagnosed of mental disorder (including stress, anxiety and depression)	<input type="checkbox"/> מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)	3.
שאלון מחלות דם Blood diseases questionnaire			Illnesses or medical problems related to the blood: <input type="checkbox"/> Blood diseases <input type="checkbox"/> Coagulation problems <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leukemia <input type="checkbox"/> Polycythemia	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליציטמיה	4.

טווח האל 03/2017 b17124/17834

D. DECLARATION OF HEALTH (continue)

שאלון/מידע ראשוני נדרש Questionnaire/Preliminary information required	לא No	כן Yes	Question	שאלה	מס' No
שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת Blood lipids questionnaire, diabetes questionnaire			מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר שנים אחרונות: <input type="checkbox"/> סוכרת (כולל סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים בדם - כולסטרול/טריגליצרידים בדם <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית chronic illness with recommendation to treatment by medication or diet in the last 10 years: <input type="checkbox"/> Diabetes (including Gestational Diabetes) <input type="checkbox"/> Blood lipids - cholesterol/triglycerides in the blood <input type="checkbox"/> Metabolic syndrome		5.
שאלון בלוטת המגן. לבלוטת יותרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים Thyroid gland questionnaire, for Pituitary gland and Adrenal gland - medical documents			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> לבלב Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Glands <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Adrenal gland <input type="checkbox"/> Pancreas		6.
דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון Reports: Full histological report + last follow up report			<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) <input type="checkbox"/> Benign tumor <input type="checkbox"/> Malignant tumor <input type="checkbox"/> Malignant disease (cancer)		7.
שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת + דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'. Digestive system questionnaire, Hepatitis questionnaire + recent follow up report including liver functions and serology, RNA, viral load etc.			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעינים <input type="checkbox"/> כיס המרה ודרכי מרה <input type="checkbox"/> הטחול <input type="checkbox"/> פי הטבעת <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> שחמת כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה <input type="checkbox"/> הפרעות בתפקוד כבד <input type="checkbox"/> כבד שומני Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Digestive system <input type="checkbox"/> Intestinal tract <input type="checkbox"/> gallbladder and bile ducts <input type="checkbox"/> Spleen <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Oesophagus <input type="checkbox"/> Stomach <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis <input type="checkbox"/> Any type of Hepatitis <input type="checkbox"/> Liver function disorders <input type="checkbox"/> Fatty liver		8.
שאלון כליות/דרכי השתן/בלוטת הערמונית Kidney/urinary tract/prostate gland questionnaire			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> מום כליתי מולד <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי כליה <input type="checkbox"/> חלבון בשתן <input type="checkbox"/> דם בשתן Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Kidneys <input type="checkbox"/> Urinary tract <input type="checkbox"/> Kidney stones or stones in the urinary tract <input type="checkbox"/> congenital renal defect <input type="checkbox"/> Renal failure <input type="checkbox"/> Renal function disorder <input type="checkbox"/> Protein in the urine/Proteinuria <input type="checkbox"/> Urinal blood/Haematuria		9.
שאלון דרכי נשימה/אסטמה Respiratory tract/asthma questionnaire			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Respiratory tract <input type="checkbox"/> Allergies related to the respiratory system		10.
ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי For FMF: FMF questionnaire and current kidney function questionnaire + general urine test. For the other diseases please attach a medical document			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> רקמות חיבור <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Rheumatology <input type="checkbox"/> Connective tissue <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Fibromyalgia <input type="checkbox"/> Familial Mediterranean Fever (FMF) <input type="checkbox"/> Psoriatic arthritis <input type="checkbox"/> Inflammation related to autoimmune disease		11.
שאלון מחלות עור Skin diseases questionnaire			מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> עור <input type="checkbox"/> מין <input type="checkbox"/> פסוריאזיס, אם כן, האם יש פגיעה במפרקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לימפומה של העור (מיקוזיס פונגואידס) Illnesses or medical problems related to: <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> venereal disease <input type="checkbox"/> Psoriasis, If any, is there damage to the joints: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cutaneous Lymphomas (Mycosis Fungoides)		12.
מסמכים רפואיים Medical documents			<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס <input type="checkbox"/> Infectious diseases <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> HIV carrier		13.
שאלון נשים Women's questionnaire			לנשים: א. <input type="checkbox"/> בעיות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות שדיים ב. <input type="checkbox"/> טיפולי פוריות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטייות ג. האם את בהריון כעת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, באיזה שבוע האם ההריון ספונטני: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, האם ההריון תקין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא For women: A. <input type="checkbox"/> Gynecological problems <input type="checkbox"/> Breast problems B. <input type="checkbox"/> Fertility treatments <input type="checkbox"/> Repeated miscarriages <input type="checkbox"/> Polycystic ovaries C. Are you pregnant now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, in what week Is the pregnancy spontaneous? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Is the pregnancy normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		14.
ערמונית - שאלון ערמונית כולל תוצאות PSA עדכני. מסמך רפואי (כולל אבחנה, טיפול ומצב כיום) Prostate - Prostate questionnaire including recent PSA results. Medical document (Including diagnosis, treatment, and present condition)			לגברים: בעיה או מחלה הקשורה ב: <input type="checkbox"/> אשכים <input type="checkbox"/> ערמונית For men: Illnesses or medical disorders related to: <input type="checkbox"/> Testicles <input type="checkbox"/> Prostate		15.

D. DECLARATION OF HEALTH (continue)

פרק ב1 - בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות), יש לענות גם על השאלות הבאות
 Chapter B1 - When purchasing additional coverages (non-life insurance), please also answer the following questions

שאלון/מידע ראשוני נדרש Questionnaire/Preliminary information required	לא No	כן Yes	שאלה Question	מס' No
שאלון עיניים Ophthalmologic questionnaire			<input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפים רק אם מספר העדשות מעל 7) <input type="checkbox"/> Ophthalmologic diseases <input type="checkbox"/> Eyesight disorders (specify eyeglass prescription only if lenses number is over 7)	1.
שאלון אף/אוזן/גרון Otolaryngology questionnaire			בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> בעיות שמיעה Illnesses or medical disorders related to: <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Ear <input type="checkbox"/> Throat <input type="checkbox"/> Hearing disorder	2.

פרק ב2 - בעת רכישת כיסויי אובדן כושר עבודה, שחרור פרמיה, נכות תמידית (חוסן) ונכות מתאונה, יש לענות גם על השאלות הבאות
 Chapter B2 - When purchasing disability covers, premium release, permanent disability (immunity) and accidental disability, please also answer the following questions

שאלון/מידע ראשוני נדרש Questionnaire/Preliminary information required	לא No	כן Yes	שאלה Question	מס' No
שאלון מתאים בהתאם לבעיה בגינה נעדרת מהעבודה Appropriate questionnaire in accordance with the problem due to which you were absent from work			היעדרות מעבודה: האם נעדרת מעבודה עקב מחלה או תאונה או היית בחופשת מחלה יותר מעשרה ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות? אם כן, אנא פרט - מתי ומאיזו סיבה? Absence from work: Were you absent from work due to illness or accident, or were you on sick leave more than ten consecutive days, in the past five years? If so, please specify - when and for what reason?	1.
שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות Back and spine questionnaire, joint questionnaire, fractures and bones questionnaire			<input type="checkbox"/> בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות <input type="checkbox"/> כאבי גב <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> בלט דיסק <input type="checkbox"/> פריצת דיסק <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים ברצועות <input type="checkbox"/> בעיות או קרעים במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> אוסטיאומיאליטיס כרוני <input type="checkbox"/> Orthopedic problem / disorders / illnesses <input type="checkbox"/> Back pains <input type="checkbox"/> Spine problem <input type="checkbox"/> Joints and bones <input type="checkbox"/> protrusion disc <input type="checkbox"/> Herniated disc <input type="checkbox"/> Problems or ruptures in the Ligaments <input type="checkbox"/> Problems or ruptures in the meniscus <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> Chronic Osteomyelitis	2.
שאלון אוסטיאופורוזיס Osteoporosis questionnaire			<input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס) <input type="checkbox"/> Osteoporosis	3.

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)
 Details for positive replies (if necessary and in addition to the requested questionnaires)

.....

 תאריך: שם המועמד לביטוח/המבוטח: ת.ז.: חתימה: /
 Date: Insurance applicant/insured person's name: I.D.: signature: /

E. INSURANCE APPLICANT/INSURED PERSON INFORMATION ה

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בתי נפרד ממנו.
 2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בדיו.
 3. לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
 4. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן, החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות וביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 5. ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.

- All replies listed in this proposal including the declaration of health answers will serve as fundamental conditions of the insurance contract between you and the Company and will form an inseparable part thereof.
- The Company has the authority to decide on the acceptance or rejection of the proposal without being required to justify or explain its decision, except in cases specified by law.
- Please note that adding additional coverage, an extension or a service note to your insurance policy, is optional and you may choose or relinquish them, without causing harm to the other terms of the policy.
- The information contained herein is essential for the purpose of joining the policies and for all other intents and purposes relating to the policies and their handling, the Company or any other company in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd and subsidiaries and / or affiliated companies thereof), and/or anyone on their behalf will make use thereof, including its processing, storage and use for matter related to the policies and for other legitimate purposes, even by transferring the information to third parties acting on behalf of and for the Harel Group.
- The engagement between you and Harel Company will come into effect only subject to receiving the first regular deposit or payment method from which it is possible to collect the first regular deposit in practice, whichever is the earlier. In addition, the insurance cover will come into effect only after the insurance applicant's approval of the exclusions and special conditions, if any, and as determined by the insurer.

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
2. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנו מרצוני החופשי.
3. א. אני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי, כשלוחי, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
- ב. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- ג. במידה וברצונך 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).

תאריך: שם המועמד לביטוח/המבוטח: חתימה: /

1. I request to join the program as stated in this form.
2. I hereby represent and warrant that all answers are correct and complete and given voluntarily.
3. A. I authorize my insurance policy agent, the details of whom are listed at the beginning of this proposal, to submit to Harel and receive from it, in my name and for me, as my proxy, all notifications and/or documents related to the underwriting process and the process of joining this policy.
- B. I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal will be delivered to me through the agent whose details are listed at the beginning of this proposal.
- C. If you wish to receive the policy and/or the information within the framework of the underwriting process and the process of joining this policy also directly to you, you may contact Harel, at any time, on the phone at *2735

Date: Insurance applicant/insured person's name: signature: /