

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' 1700-70-28-70

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה) שם הסוכנות
מס' הטלפון של הסוכן מספר הטלפון הנייד של הסוכן
מס' סוכן שם המפקח

חותמת תאריך קבלת הטופס

לכבוד
הראל חברה לביטוח
ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים
מס' פוליסה/הצעה:

א פרטי המועמד לביטוח/מבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	
<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אנא פרט את המדינות:				
מספר ימי שהייה בהן במשך השנה:				
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון
				טלפון נייד
האם אתה בעל רישיון טיס/אישי צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (ככל שהתשובה חיובית אנא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
ככל שהתשובה חיובית, אנא מלא שאלון/י תחביבים/רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il				
כתובת דואר אלקטרוני:				

ב הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או לפסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (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 ה"מבקש". לא תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים

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

תאריך: עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה: חתימה: /

ג הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות) 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 לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, 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 חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

תאריך: חתימת המועמד לביטוח/מבוטח: /

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 פנייה טלפונית למספר 03-7547777.



הנחיות כלליות: יש לסמן האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הינך מטופל ו/או קיימת לך הפרעה באחת מהבעיות ו/או המחלות הבריאותיות המצוינות מטה אלא אם צוין אחרת בשאלה.
 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. לידיעתך, יתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.
 למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחנות וטיפולים, תרופות קבועות, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים, והתיחסות לממצאי בדיקות הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז./דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	קופת חולים
שם רופא מטפל		משקל בק"ג		גובה בס"מ	

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

פרק א' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> מעולם לא <input type="checkbox"/> מעשן כיום*, כמות ליום: במשך שנים <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר - הפסקתי לעשן לפני שנים, כמות ליום במשך 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.			
2.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון אלכוהול
3.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?			שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)
4.	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.			שאלון מחלות במשפחה
5.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			שאלון תאונות/נכות
6.	האם בחמש השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (שלא כחלק מבדיקות שגרה) וטרם ביצעת אותה או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית בעקבותיה: מיפוי, אקו לב, א.ק.ג. במאמץ, מיפוי לב, צינתור, CT, MRI, אולטראסאונד (שלא חלק ממעקב הריון שגרת), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, ממוגרפיה?			שאלון תוצאות
7.	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?			פירוט ומסמכים רפואיים
8.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות ?			שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
9.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח בעשר השנים האחרונות ?			פרוט וסיכומי הניתוחים
10.	תרופות: האם את/ה נוטלת/ת רופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות ?			פרוט ומסמכים רפואיים

פרק א'2

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> טרשת 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 להתייעצות בשל ירידה בקוגניציה או בזיכרון <input type="checkbox"/> אפילפסיה			שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) פירוט ומסמכים רפואיים
2.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> מערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי) <input type="checkbox"/> הפרעת קצב <input type="checkbox"/> בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב			שאלון לב, שאלון כלי דם
3.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)			שאלון מחלה נפשית
4.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> אנומיה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליצטמיה			שאלון מחלות דם
5.	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות : <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> תסמונת מטבולית			שאלון שומנים בדם, שאלון סוכרת, שאלון לחץ דם
6.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> בלוטות <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> אדרנל <input type="checkbox"/> לבלב			שאלון בלוטת המגן, לבלוטת יתרת המוח והאדרנל - מסמכים רפואיים.
7.	<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)			דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה+ דוח מעקב אחרון
8.	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			שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת+דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
9.	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			שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
10.	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אלרגיות הקשורות במערכת הנשימה			שאלון דרכי נשימה / אסטמה
11.	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"/> גאוס <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה / כאב כרוני <input type="checkbox"/> קדחת ים תיכונית (FMF) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים פסוריאטית <input type="checkbox"/> דלקת הקשורה למחלה אוטואימונית			ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
12.	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)			שאלון מחלות עור

