

Proposal for Health Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the enclosed Health Declaration, which constitutes an integral part of the Insurance Proposal



הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY עובדים זרים בישראל

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

08/2020

Attn

Harel-Yedidim, Division for Overseas Visitors and Students
Beit M.A.H., 12 Hahilazon st, 8th Floor, Ramat Gan 5252276
Tel: 03-6386216 Fax: 03-6874534
Email: y_health@yedidim.co.il

לכבוד

הראל-ידידים מחלקת חו"ל וסטודנטים
בית מ.א.ה., החילזון 21 קומה 8 רמת גן 5252276
טלפון: 03-6386216 פקס: 03-6874534
דוא"ל: y_health@yedidim.co.il

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
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).

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך 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 בפרטק האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן

The purpose for coming to Israel	העיסוק למענו הגעת לישראל		
Other industry / אחר <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/>	Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/>	Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>

A Insurance applicant personal details				פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Passport No. מס' דרכון	Gender <input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה	
Country of origin ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטוחת			
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל	Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	*Insurance period requested From To		*תקופת הביטוח המבוקשת עד תאריך	
Zip code מיקוד	Town עיר	House No. מס' בית	**Street	**כתובת: רחוב	
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודייוורים		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 Details of previous insurance policies				פרטי ביטוח קודמים	
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:				האם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:	
Insurance period From To	תקופת הביטוח עד תאריך	Company name שם החברה	Policy No. מס' פוליסה	Membership No. מס' חבר	



^dt33538

Health Condition Statement for Medical Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the Health Insurance Proposal included, which is an inseparable part of the Health Condition Statement.

C Particulars of the Insurance Applicant

Passport No.	Last Name	First name	Date of birth	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--------------	-----------	------------	---------------	--

In this Health Statement you should answer the following questions by marking "✓" on the column of the appropriate answer. If the answer to any of the questions is "Yes" you have to attach an up-to-date certificate from the attending physician, addressing the stated problem, test results, the manner of treatment and the current status.

Section A: General Questions		Yes	No
1.	Height in cm: Weight in kg:		
2.	<input type="checkbox"/> Do you use, or have you been using narcotics? <input type="checkbox"/> Do you drink, or have you been drinking alcoholic beverages regularly? Please specify the quantity of consumption: glasses per day.		
3.	During the last 10 years, have you been referred to any of the following examinations (other than as part of routine checkups) and not yet taken it, or not yet had a final diagnosis determined for you, such as: chronic illnesses, catheterization, bone mapping, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (other than as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy or gastroscopy, autoimmune diseases including lupus (if "Yes", please submit a certificate from the attending physician, stating the reason for performing the examination, the examination outcomes and final diagnosis).		
4.	Are you now, or have you been sometime during the last 10 years, about to undergo a surgery / transplantation? Please describe in details:		
5.	During the last 10 years, have you been hospitalized? Please describe in details the reason for hospitalization and the treatment that you have received.		
6.	During the last 10 years, have you been taking, or have you received a recommendation to take, medications regularly? Please describe in details the problem for which you are treated / have been treated, the treatment, and for how long have you been taking the said medication?		
7.	Have you been diagnosed as suffering from any allergies? Please describe in details:		

Section B: Have you been diagnosed with any illness, syndrome, disorder related to one or more of the issues specified below:

1.	<input type="checkbox"/> The nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (stroke) <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy or other atrophic disease <input type="checkbox"/> Reoccurring dizziness <input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Balance disorders <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease <input type="checkbox"/> Trembling <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's syndrome <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis) <input type="checkbox"/> Gaucher's disease <input type="checkbox"/> Loss of sensation (numbness) <input type="checkbox"/> Attention deficit disorders <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Have you applied to a physician with complaints regarding declined memory (dementia) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV carrier <input type="checkbox"/> Lupus If the answer to one or more of the questions above is "Yes", please attach an up-to-date letter from the attending neurologist.		
2.	Eyes and vision: <input type="checkbox"/> Cataract <input type="checkbox"/> Retina and cornea problems <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Inflammations of the eye <input type="checkbox"/> Strabismus <input type="checkbox"/> Blindness Other eye disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
3.	Heart: <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Congenital heart defect <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Heart valve diseases, other heart disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
4.	Blood vessels: <input type="checkbox"/> Varicose vein (in the veins of the legs) <input type="checkbox"/> Carotid artery (in the arteries of the neck) <input type="checkbox"/> Coagulation disorders <input type="checkbox"/> Blood disease DVT (Thrombosis) <input type="checkbox"/> PVD (Peripheral Vascular Disease), other vascular disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		



C Particulars of the Insurance Applicant

Section B: Have you been diagnosed with any illness, syndrome, disorder related to one or more of the issues specified below:		Yes	No
5.	Metabolic diseases: <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Salivary gland <input type="checkbox"/> Sweat gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> High levels of fats / cholesterol, other metabolic disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
6.	Respiratory system: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (chronic obstructive pulmonary disease) <input type="checkbox"/> Hay fever <input type="checkbox"/> Recurrent respiratory infections and Shortness of breath <input type="checkbox"/> Collapsed lung (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Other respiratory system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
7.	Digestive system: <input type="checkbox"/> Ulcer (duodenum / gastric) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Crohn's disease <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Fissure / Fistula <input type="checkbox"/> Bowel obstruction <input type="checkbox"/> Pancreatic diseases / infections <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gallbladder <input type="checkbox"/> Gall-bladder stones Other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
8.	Liver: <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Fatty liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis, other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
9.	Hernia: Location of the hernia: In the diaphragm / in the navel / in the right groin / in the left groin Have you undergone a surgery to treat the hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, when (date)? Is the problem solved? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
10.	Kidney and urinary tract: <input type="checkbox"/> Recurrent infections <input type="checkbox"/> Kidney and urinary stones <input type="checkbox"/> Kidney cysts <input type="checkbox"/> Anomalies of urinary tract <input type="checkbox"/> Renal failure, other kidney and urinary tract disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
11.	Joints and bones: <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Back / spine <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Knees Other joints and bones disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
12.	Skin and sex diseases: <input type="checkbox"/> Skin tumors <input type="checkbox"/> Skin lesions <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases <input type="checkbox"/> Syphilis Other skin and sex diseases disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
13.	Malignant tumors / diseases (cancer).		
14.	For women: <input type="checkbox"/> Breasts (including breast enlargement) <input type="checkbox"/> Gynecological system, disease / other feminine problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: <input type="checkbox"/> Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Have you undergone a cesarean delivery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify when (date):		
15.	For men: <input type="checkbox"/> Prostate problems <input type="checkbox"/> Varicocele / Hydrocele Other masculine disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
16.	Mental illnesses: Mental illness that was diagnosed by a psychologist, psychiatrist or family physician.		
17.	Nose, ear and throat diseases: <input type="checkbox"/> Sleep apnea syndrome <input type="checkbox"/> Nasal polyp <input type="checkbox"/> Sinusitis Other nose, ear and throat disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		

Please provide details:

.....

.....

D Statement of insurance candidate

1. I hereby declare that all the answers are correct, complete and given of my own free will.
2. The answers specified on the Health Statement and any other information to be provided to the insurer as well as the insurer's commonly accepted terms and conditions for this purpose shall serve as essential stipulations of the insurance contract between you and the insurer and shall be inseparable part thereof.
3. The insurer may decide to either except or reject the application without having to justify its standpoint. For your information, the insurance contract enters into force only after the insurer issues a written confirmation on admission of the insured for insurance and after the initial insurance premiums are paid in full. This precondition of full payment of the initial insurance premiums shall not apply if the insurer receives means of payment through which the insurance premium can be collected.
4. The information included in this document is essential for your joining the policy and for all other intents and purposes pertaining to the policies and the handling thereof. The Company and other companies of the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and / or anyone on their behalf will use the said information, including the processing, storage and use thereof for any purpose pertaining to the policies and other legitimate purposes, even by delivery of the said information to third parties operating on behalf of the Harel Group.
5. Has any insurance company ever dismissed or canceled your health insurance application? No Yes, if "Yes" please specify: Specify
.....

The Insurance Candidate has signed this Health Condition Statement Form after having received an explanation of its content in a language in which he / she is fluent.

Date Signature of Insurance Candidate Signature of witness

E Confirmation of admission terms and conditions

I give my consent, in advance, that as far as it becomes clear, during the underwriting process concerning me, that in order to produce the requested Insurance Policy, the underwriting terms and conditions set out below are required to be stipulated within the Insurance Policy which will be issued for me as applicable, then:

No coverage will be provided for an Insurance Event related to:

.....
Date Name Passport No. Signature

F Information for the Insurance Candidate**מידע למועמד לביטוח**

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 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 פיסית, 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, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure.
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.

1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, 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 הן 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 ויהוו 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) אני מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי 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 ובוצעו 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 ויכולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.

6. **הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

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 ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) 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 חיג 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, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה 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.

7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן 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 לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, 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 עצבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך: שם המועמד לביטוח: חתימה: 

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: שם: ת"ז:

מס' רישיון: חתימה:  חותמת:

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.hrl.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 Candidat..... Signature 

Witness to the signature (the insurance agent):

Date..... Name..... I.D.....

License no. Signature  Stamp.....

H 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
---	---------------------	-------	---------------	----------------

I Candidate's confirmation for insurance agent activity

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב'..... 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 המועמד לביטוח: _____

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 Insurance Candidate _____

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.

J Internet interface for locating insurance products **ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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 במרוכז 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.

Date / תאריך	שם המועמד לביטוח / Name of insurance applicant	מספר זהות / ID no.	חתימה / Signature
מבוטח ראשי / Primary insured			

K Agent's Declaration (required clause that the agent must sign) **הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)**

הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה בררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כסיו, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/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

Date Name of agent Signature of agent _____

L Calculation of Insurance Premium **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
-----------	-------	-----------------------------	------------------	------	-------

M Payment by credit card - Collection dates
according to the arrangement of the Insured/Payer
with the credit card company

תשלום באמצעות כרטיס אשראי
מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם
עם חברת האשראי

You can pay in several installments according to the insurance period: ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days	מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	6

Insurance applicant personal details פרטי המועמד לביטוח

Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון
-----------	----------	------------	---------	--------------	------------

Provision of credit card holder פרטי המשלם

ID number	מס' ת.ז.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
-----------	----------	------------	---------	-----------	----------

Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס
-----------	----------	----------	-----------

Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Zip Code	מיקוד	Town	יישוב	St. and house No.	רחוב ומספר
---------------	----------------	----------	-------	------	-------	-------------------	------------

Email דוא"ל

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment.

If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies. This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form.

Signature of the credit card holder / חתימת בעל כרטיס האשראי / Date / תאריך

