



הערות Примечания	תקופת הפיצוי Срок выплат	סכום הגמלה בש"ח Сумма пособия в шекелях	הפרמיה Страховая премия	המבוטח Данные застрахованного	תכנית הסייעות: Программа страхования на случай необходимости в медицинском уходе:
על כל מבוטח מעל גיל 65, אם רכש תכנית סייעות על ש"ח 75,000 ויותר, לעבור הערכה לקראת קבלת הביטוח הסייעות. Каждый застрахованный старше 65 лет, если он приобрел компенсационное возмещение на 75 000 шекелей и более, должен пройти проверку перед получением страховки на случай необходимости в медицинском уходе	Сумма одноразовой компенсации	סכום פיצוי חד-פעמי עד גיל 65 - 1,000-ש"ח עד 150,00 ש"ח, מעל גיל 65 - עד 100,000 ש"ח.	קבועה <input checked="" type="checkbox"/> Постоянная	מבוטח ראשי Имя гл. застрахованного	Golden Care - הוני Golden Care ("мой капитал") "חוני"  יש לרשום להלן פרטי המוטב/מוטבים.  *Данные бенефициара/ов
	До 65 лет - от 1000 шекелей до 150000 шекелей Старше 65 лет - до 100 000 шекелей		קבועה <input checked="" type="checkbox"/> Постоянная	בן/בת זוג Имя супруга/супруги	

לחודש	מבוטח ראשי Имя гл. застрахованного	מבוטח זוג Имя супруга/супруги	Golden Care "Итарон 65" (постоянная выплата и одноразовая компенсация)	Golden Care - יתרון 65 פיצוי חדשי ופיצוי חד-פעמי
כל החיים <input type="checkbox"/> 60 חוד' <input type="checkbox"/> 36 חוד' <input type="checkbox"/> Всю жизнь 60 месяцев 36 месяцев	קבועה <input checked="" type="checkbox"/> Постоянная	קבועה <input checked="" type="checkbox"/> Постоянная	יש לרשום להלן את בן/בת הזוג ו/או הילדים המוטבים.  *Записать данные супруга/супруги и/или детей, получающих страховку при наступлении страхового случая	

בתכנית Golden Care - יתרון 65	יחס קרבה Степень родства с застрахованным	תאריך לידה Дата рождения	מספר זהות Номер удостоверения личности	שם פרטי Имя	שם משפחה Фамилия
ההטבה היא לילדי המבוטח - הרשומים מימין בלבד, וזאת לכיסוי רק במקרה שהמבוטח נפטר לאחר גיל 65. סמן ב-✓ את ההטבה המועדפת עליך לילדים המוטבים: ביטוח סייעות לילדים <input type="checkbox"/> פיצוי חד-פעמי לילדים <input type="checkbox"/>  В программе Golden Care "Итарон 65" Данная льгота действительна только для детей застрахованного, только для тех детей застрахованного, чьи данные указаны справа, и покрывается, только если застрахованный скончался в возрасте старше 65 лет. Отметьте выбранную вами льготу для детей-бенефициаров <input type="checkbox"/> Страхование для детей на случай необходимости в мед. уходе <input type="checkbox"/> Одноразовая выплата детям					

**צהרה - לתכנית יתרון 65**  
 אני מצהיר בזאת כי ביום חתימתי על טופס ההצעה אין לי ילדים חוקיים.  
 אני מצהיר בזאת כי על אף שיש לי ילדים חוקיים איני קובע אף אחד מהם להיות מוטב על-פי תכנית זו.  
 I hereby declare that on the day of signing this application form, I do not have any legal children.  
 I hereby declare that, although I have legal children, I do not intend to designate any of them as a beneficiary under this plan.

שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 חתימה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 מספר זהות \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 מספר זהות \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

סכום הביטוח בש"ח Сумма страхования в шекелях	סוגי מבוטחים Категория застрахованного	נספחים מבוקשים Желаемые приложения	סוגי מבוטחים Категория застрахованного	נספחים מבוקשים Желаемые приложения
	ילדים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שירותים רפואיים ייחודיים (כולל לחיות בריא ומנוי שח"ל) Особые виды и методы лечения (вкл. "ליחיות ברי" ו SHAHAL) <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב Особые виды и методы лечения - расширенный вариант <input type="checkbox"/> שחרור הדדי Взаимное освобождение <input type="checkbox"/> Life-On-Key - המפתח למידע הרפואי האישי שלך Life on key - доступ к индивидуальной медицинской информации <input type="checkbox"/> ניתוחים פרטיים בחו"ל Частные операции за границей <input type="checkbox"/> ניתוחות +7 "Нитухит +7" Альтернативная медицина	<input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> רפואה מתקדמת Прогрессивные методы лечения <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade Амбулаторное лечение Upgrade <input type="checkbox"/> ניתוחים פרטיים בחו"ל Частные операции за границей <input type="checkbox"/> רפואה משלימה Альтернативная медицина <input type="checkbox"/> פעילות ספורט Занятия спортом <input type="checkbox"/> מרחיב קידס "Марквив kids" - расширенное страхование для детей <input type="checkbox"/> ביטוח לתרופות מיוחדות (נספח לביטוח סייעות/מענקית) Специальное страхование на лекарства (приложение для страхования на случай необходимости в медицинском уходе/"маанакит")

מטריה ניתוחית "Митрия нитухит"  
 מבוטח ראשי  
 בן/בת זוג  
 ילדים  
 מספר מנות מבוקש (1-3) \_\_\_\_\_ מספר מנות מבוקש (1-3) \_\_\_\_\_  
 מספר מנות מבוקש (1-3) \_\_\_\_\_ מספר מנות מבוקש (1-3) \_\_\_\_\_

הראל "אמצע החיים"	מספר חבילות Номер пакета	מספר חבילות Номер пакета	מבוטח ראשי Имя гл. застрахованного	גל. זוג Имя супруга/супруги
1	1	ארד "Арад"	ארד "Арад"	ארד "Арад"
2	2	ארד "Арад"	ארד "Арад"	ארד "Арад"

В. Декларация о состоянии здоровья

Данная декларация касается отдельно состояния здоровья каждого из: главного застрахованного, супруга/супруги и застрахованных детей. Поставьте ✓ в нужных местах. В случае необходимости дайте подробный ответ в анкете дополнительной информации (номер указан в квадратных скобках []). К примеру, [4]. Во всех случаях положительного ответа ("да") на вопросы, отмеченные - \*, где отклонение будет утверждено вашей подписью, будет толковаться в полисе согласно данному параграфу.

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסיומן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפני הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-\*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	מב' ראשי גל. זוג גל. זוג גל. זוג	חלק א' - שאלות כלליות	
												לא	כן
<p><b>מב' ראשי</b></p> <p>1. גובה בס"מ</p> <p>2. משקל בק"ג</p> <p>3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- _____ ק"ג הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת</p> <p>4. מעשן, כמה זמן? _____ שנים. כמות סיגריות ליום _____ אם הפסקת, רשום מת? _____ [26]</p> <p>5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> מזדמן <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום</p> <p>6. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> לא פרט סוג _____ אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____</p>												<p><b>חלק ב' - האם קיימת אבחנה או סבלת בעבר מ:</b></p> <p>1. <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אלצהיימר <input type="radio"/> איספיקת לב <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדני איידס <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> איספיקת כליות <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> איספיקת לב <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדני איידס <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> איספיקת כליות</p> <p>2. אירוע מוחי, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומתי האבחנה הרפואית לסוג האירוע</p> <p>3. מחלה או מגבלה הקשורה בעינים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]</p> <p>4. בעיות הקשורות ב: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]</p> <p>5. מחלת לב [4] מחלת: <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> עורקים [7] <input type="radio"/> ורידים [7] יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אמביה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרישה <input type="radio"/> המופיליה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת _____ נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת</p> <p>6. <input type="radio"/> אסטמה (ברוכיט כחיות) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אויר <input type="radio"/> COPD, נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות</p> <p>7. מחלה או הפרעה ב: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> צרבת <input type="radio"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק</p> <p>8. <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]</p> <p>9. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]</p> <p>10. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל</p> <p>11. מחלה ב: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]</p> <p>12. * בקע (הריוה): <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> טבור <input type="radio"/> מפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, תאריך האירוע? _____ כל מקרה ביטוח הקשור בבקע המוצהר אינו מכוסה בביטוח זה (למעט אם הלפז מאז הניתוח 15 שנים). חתימת המבוטח לאישור החריג</p> <p>13. * <input type="radio"/> סחורים <input type="radio"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן כל מקרה ביטוח הקשור בסחורים ובפיסורה אנאלית לא יכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג</p> <p>14. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> עקמת [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> ידיים [18][19] <input type="radio"/> רגליים [18][19] <input type="radio"/> עצמות [18][19] <input type="radio"/> CTS (שורש כף היד) <input type="radio"/> הלום ולגוס <input type="radio"/> אוסטאופרוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל</p> <p>15. <input type="radio"/> מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות</p> <p>16. <input type="radio"/> מחלות ממיארות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות</p> <p>17. <input type="radio"/> מוגבלות נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> שחפת, האם פעילה/בטיפול <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>18. <input type="radio"/> מחלה 1/או תופעה כחיות <input type="radio"/> מחלה תורשתית <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> מחלה במערכת העצבים <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> הפרעה התפתחותית <input type="radio"/> פיברומיאלגיה <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת</p>	
<p><b>חלק א' - שאלות כלליות</b></p> <p>1. גובה בס"מ</p> <p>2. משקל בק"ג</p> <p>3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- _____ ק"ג הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת</p> <p>4. מעשן, כמה זמן? _____ שנים. כמות סיגריות ליום _____ אם הפסקת, רשום מת? _____ [26]</p> <p>5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> מזדמן <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום</p> <p>6. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> לא פרט סוג _____ אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____</p>												<p><b>חלק ב' - האם קיימת אבחנה או סבלת בעבר מ:</b></p> <p>1. <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אלצהיימר <input type="radio"/> איספיקת לב <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדני איידס <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> איספיקת כליות <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> איספיקת לב <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדני איידס <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> איספיקת כליות</p> <p>2. אירוע מוחי, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומתי האבחנה הרפואית לסוג האירוע</p> <p>3. מחלה או מגבלה הקשורה בעינים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]</p> <p>4. בעיות הקשורות ב: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]</p> <p>5. מחלת לב [4] מחלת: <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> עורקים [7] <input type="radio"/> ורידים [7] יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אמביה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרישה <input type="radio"/> המופיליה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת _____ נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת</p> <p>6. <input type="radio"/> אסטמה (ברוכיט כחיות) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אויר <input type="radio"/> COPD, נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות</p> <p>7. מחלה או הפרעה ב: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> צרבת <input type="radio"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק</p> <p>8. <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]</p> <p>9. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]</p> <p>10. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל</p> <p>11. מחלה ב: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]</p> <p>12. * בקע (הריוה): <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> טבור <input type="radio"/> מפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, תאריך האירוע? _____ כל מקרה ביטוח הקשור בבקע המוצהר אינו מכוסה בביטוח זה (למעט אם הלפז מאז הניתוח 15 שנים). חתימת המבוטח לאישור החריג</p> <p>13. * <input type="radio"/> סחורים <input type="radio"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן כל מקרה ביטוח הקשור בסחורים ובפיסורה אנאלית לא יכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג</p> <p>14. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> עקמת [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> ידיים [18][19] <input type="radio"/> רגליים [18][19] <input type="radio"/> עצמות [18][19] <input type="radio"/> CTS (שורש כף היד) <input type="radio"/> הלום ולגוס <input type="radio"/> אוסטאופרוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל</p> <p>15. <input type="radio"/> מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות</p> <p>16. <input type="radio"/> מחלות ממיארות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות</p> <p>17. <input type="radio"/> מוגבלות נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> שחפת, האם פעילה/בטיפול <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>18. <input type="radio"/> מחלה 1/או תופעה כחיות <input type="radio"/> מחלה תורשתית <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> מחלה במערכת העצבים <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> הפרעה התפתחותית <input type="radio"/> פיברומיאלגיה <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת</p>	

## В. Декларация о состоянии здоровья - продолжение

## ג. הצהרת בריאות - המשך

Раздел В. Был ли вам поставлен диагноз или страдали ли вы в прошлом от:	מ'ב ראשי גל. זארחו- זארחו		בן/ת זוג סופר/ג סופר/ג		שם ילד 1 ימא 1-גו רעבנא		שם ילד 2 ימא 2-גו רעבנא		שם ילד 3 ימא 3-גו רעבנא		חלק ב' המשך - האם קיימת אבחנה או סבלת בעבר מ:
	לא Нет	כן Да	לא Нет	כן Да	לא Нет	כן Да	לא Нет	כן Да	לא Нет	כן Да	
19. Врожденные физические недостатки: <input type="checkbox"/> Раздвоенное небо <input type="checkbox"/> Неопустившееся яичко Решена ли проблема? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В случае появления на свет недоношенным - для детей до 6 лет приложить письмо от педиатра. Полиомелит: <input type="checkbox"/> одна рука <input type="checkbox"/> одна нога <input type="checkbox"/> другое											19. מומים מולדים: <input type="checkbox"/> חך שסוע <input type="checkbox"/> חך שסוע <input type="checkbox"/> אשך שטמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן לפני שנים <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> האם נולד פג - לילדים עד גיל 6 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים. פוליו: <input type="checkbox"/> רגל אחת <input type="checkbox"/> יד אחת <input type="checkbox"/> אחר
20. Были ли вы жертвой аварии (включая ДТП, производственную аварию, аварию во время армейской службы) [24]?											20. האם עברת תאונה, כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי [24]
21. Довелось ли вам перенести операцию, не связанную с заболеваниями, указанными в данной декларации о состоянии здоровья? В случае положительного ответа, приложите справку с отчетом об операции.											21. האם עברת ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? אם כן, צרף סיכום ניתוח.
22. Были ли вы госпитализированы (сколько дней были в больнице)? [23]											22. האם אושפדת (כולל אשפוז יום)? [23]
23. <input type="checkbox"/> Проходите ли вы сейчас проверки, связанные с состоянием здоровья и/или болезни и/или страдаете другими заболеваниями? <input type="checkbox"/> Получаете ли вы сейчас медицинскую помощь и/или медикаментозное лечение и/или находитесь под медицинским наблюдением вследствие причин, не указанных в данной декларации о состоянии здоровья? Просьба приложить письмо от лечащего врача с последними данными о лечении, включая результаты всех анализов											23. האם נמצא כעת במהלך בירור תופעה ו/או מחלה ו/או סובל ממחלות אחרות <input type="checkbox"/> האם נמצא בטיפול רפואי ו/או תרופתי ו/או השגחתי שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות. נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת וכולל תוצאות כל הבדיקות שבוצעו
24. В случае болезней <input type="checkbox"/> Герiatricческих <input type="checkbox"/> Невротических <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Ухудшения памяти и/или нарушения когнитивных функций Просьба приложить письмо от лечащего врача-невропатолога с последними данными о лечении											24. מחלות: <input type="checkbox"/> גריאטריות <input type="checkbox"/> נווניות <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית. נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל
25. Ограничены ли вы при выполнении одной из следующих функций: вставании и сидении, одевании и раздевании, умывании, еде и питье, самоконтроле над физиологическими отправлениями, свободе передвижений?											25. האם אתם מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרוץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות
26. Страдает ли кто-то из ваших родственников (отец/мать/сестра/брат/дочь/сын) сердечным заболеванием, раком, сахарным диабетом, психическими расстройствами или заболеваниями, суицидальными настроениями? (При положительном ответе - укажите кто, причины, вид заболевания, в каком возрасте перенесено). [27]											26. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בת/בן) הוא או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, ניסיון להתאבדות? (אם כן, פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל). [27]
27. Когда-либо ваша просьба о страховании жизни и/медицинском страховании или страховании на случай необходимости в медицинском уходе <input type="checkbox"/> была отвергнута? <input type="checkbox"/> Принята с ограничениями? Причина											27. האם אי פעם <input type="checkbox"/> נדחתה <input type="checkbox"/> נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים ו/או בריאות ו/או טיפול? הסיבה:
28. Работаете ли вы <input type="checkbox"/> с ядовитыми газами <input type="checkbox"/> асбестом <input type="checkbox"/> химическими материалами <input type="checkbox"/> аэрозолями <input type="checkbox"/> радиоактивными материалами <input type="checkbox"/> излучением любого вида: место, продолжительность воздействия и средства защиты.											28. האם אתם עובד עם: <input type="checkbox"/> גזים רעילים <input type="checkbox"/> אסבסט <input type="checkbox"/> חומרים כימיים <input type="checkbox"/> חומרי ריסוס <input type="checkbox"/> חומרים רדיואקטיביים <input type="checkbox"/> קרינה מכל סוג שהוא פרט: מקום, משך החשיפה ואמצעי מיגון.
29. Болезнь или нарушение, связанное <input type="checkbox"/> с молочными железами [15] <input type="checkbox"/> маткой [15] <input type="checkbox"/> кровотечением [15] <input type="checkbox"/> другие гинекологические проблемы [15] <input type="checkbox"/> репродуктивной функцией <input type="checkbox"/> внематочная беременность											29. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב: <input type="checkbox"/> שדיים [15] <input type="checkbox"/> רחם [15] <input type="checkbox"/> דימום [15] <input type="checkbox"/> תופעה גינקולוגית אחרת [15] <input type="checkbox"/> פרוין <input type="checkbox"/> היריון מחוץ לרחם
30. * <input type="checkbox"/> Прошла операцию кесарево сечение при родах. Любый случай, связанный с кесаревым сечением или грыжей, не покрывается данной страховкой.  Подпись застрахованной для утверждения исключения из правил <input type="checkbox"/> Я беременна. Вес до беременности _____ кг. Любый случай, связанный с беременностью и родами не покрывается данным видом страхования.  Подпись застрахованной для подтверждения отклонения											30. * <input type="checkbox"/> עברת לידה בנייתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בנייתוח קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכוסה  חתימת המבוטחת לאישור חריג <input type="checkbox"/> נמצאת בהיריון, מה משקל לפני ההיריון _____ ק"ג. כל מקרה ביטוח הקשור להיריון וללידה הנוכחיים אינו מכוסה המבוטחת לאישור חריג.  חתימת המבוטחת לאישור חריג

אני/ו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה: \_\_\_\_\_ אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד \_\_\_\_\_ %

Я/мы заранее согласен/согласны на то, что эта проблема/заболевание будет исключена \_\_\_\_\_ заранее  
 согласен/согласны на доплату до \_\_\_\_\_ %.

חתימת המבוטח ראשי/ המצהיר \_\_\_\_\_  
 חתימת המבוטחת ראשי/ המצהיר \_\_\_\_\_  
 חתימת הזוג/ הסופר \_\_\_\_\_  
 חתימת הזוג/ הסופר \_\_\_\_\_

## Г. Виды оплаты отметить ✓ и дополнить

Номер телефона	מספר הטלפון	Имя плательщика, если это <input type="checkbox"/> המשלם אם אינו המבוטח <input type="checkbox"/> не застрахованный	שם המשלם אם אינו המבוטח <input type="checkbox"/> המשלם אם אינו המבוטח <input type="checkbox"/>	Для удержания (с действующего клиента) из полиса номер	לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר
Подпись плательщика, если это не застрахованный	חתימת המשלם אם אינו המבוטח	Индекс	מיקוד	Населенный пункт	יישוב
		Улица	מס' בית	Номер дома	רחוב
		Возвратная <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	חודשי <input type="checkbox"/>	שנתי <input type="checkbox"/>	סוג הכרטיס
		Кредитной картой <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	באמצעות כרטיס אשראי <input type="checkbox"/>	בהוראת קבע <input type="checkbox"/>	באמצעות כרטיס אשראי <input type="checkbox"/>
Номер удостоверения личности	מספר זהות	Имя владельца кредитной карточки	שם בעל כרטיס האשראי	Вид карточки	סוג הכרטיס
Карточка действительна до	תוקף הכרטיס	Номер кредитной карточки	מספר כרטיס האשראי	"Виза"	ויזה
месяц	חודש	год	שנה	"Дайнерс"	דיינרס
				"Исракарт"	ישראל
				"Американ экспресс"	אמריקן אקספרס
Я, нижеподписавшийся, предоставляю вам право взыскивать с этого счета, на указанных условиях, сумму, указанную в списке выплат, которая будет передана вам "Харэль - хевра ле-битуах баам", и в котором указан номер моей кредитной карточки. Данное указание, подписанное мною, без указания выплат и сумм, поскольку мною дано право компании "Харэль" самостоятельно указывать платежи кредитной компании. Суммы переводов и их даты будут установлены компанией "Харэль", согласно условиям платежей по страховому полису и тем изменениям, которые будут в него вноситься. Действие указания об оплате будет прекращено по моему сообщению компании "Харэль - хевра ле-битуах баам". Данное право действительно также в отношении иной кредитной карточки, которая будет выдана взамен карточки, данные которой указаны в этом приложении. В случае возобновления данного страхового полиса, сумма связанных с этим затрат будет взыскана с данной кредитной карточки.			אני הח"מ, נתן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, והואיל וניתנה עליי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו ניתנה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופסק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהודעה זו.		
Подпись владельца кредитной карточки	חתימת בעל הכרטיס	Дата	תאריך		

## ד. Декларация претендентов на страхование

- Для желающих присоединиться к программе "Upgrade":
  - Мне известно, что в случае необходимости реализации страхового покрытия для прохождения операции я должен обратиться для реализации своих прав в программу дополнительных медицинских услуг (ШАБАН), членом которой я являюсь ("Клалит мушлам/платинум", "Маккаби маген захав", "Леумит захав", "Меухедет адиф/си"), а также обратиться к страхователю для реализации своих прав.
  - Мне известно, что страховое покрытие покрывает медицинские расходы, указанные в приложении Upgrade для расширенного страхования при операции, а также в приложениях на амбулаторные услуги Upgrade, которые выходят за рамки, установленные программой дополнительных медицинских услуг, членом которой я являюсь.
  - Мне известно, что страховые взносы по программе Upgrade ниже, чем страховые взносы в страховке по полному покрытию расходов на операции (вне зависимости от прав, предоставляемых в рамках программы дополнительных медицинских услуг ШАБАН).
- Для желающих присоединиться к программе "Golden care машлим" (для страхования в больничных кассах на случай необходимости в медицинском уходе):
  - Мне известно, что основным условием для приобретения данной страховки является то, что я застрахован на случай необходимости в медицинском уходе в следующих больничных кассах: "Клалит мушлам" (включая страхование на случай необходимости в медицинском уходе), "Сиюди кесев/захав", "Меухедет захав", "Леумит сиодит", у меня имеется следующее страхование на случай необходимости в медицинском уходе \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ больничной кассы, в которой я застрахован \_\_\_\_\_.
  - Мне/нам известно, что запрашиваемое мной страхование на случай необходимости в медицинском уходе будет являться дополнением к страхованию на случай необходимости в медицинском уходе, существующему у меня в рамках программы больничной кассы, со сроком ожидания 3 года или 5 лет (то есть, страховая компания начнет платить ежемесячную компенсацию только после того, как застрахованный будет нуждаться в медицинском уходе 3 года или 5 лет). В течение срока ожидания по условиям страховой программы у застрахованного нет права на получение компенсаций по медицинскому уходу.
- Я/мы, нижеподписавшийся/нижеподписавшиеся, настоящим прошу/просим страховую компанию "Харэль Лтд." (далее "компанию") застраховать меня/нас, на основании всего, изложенного в данном предложении по страхованию. Я/мы настоящим заявляю/ем, соглашаю/емся и обязую/емся в том, что:
  - Все ответы правильные, полные и даны по свободному волеизъявлению.
  - Ответы, изложенные в декларации о состоянии здоровья, и любая другая информация, которая будет передана компании, а также условия, принятые в компании по данному вопросу, будут служить основополагающими условиями для составления страхового договора между мной/нами и компанией, и будут его неотделимой частью.
  - Компания вправе принять решение о приеме или отклонении данной заявки. Мне/нам известно, что договор о страховании вступает в силу только после того, как компания даст письменное подтверждение о приеме всех кандидатов на страхование, и после того, как первая премия будет полностью оплачена.
  - Если существует добавка к премии/отклонения, связанные с декларируемым состоянием здоровья в рамках полиса медицинского страхования, который имеется у вас в компании "Харэль", то эти отклонения и добавки будут распространены также на данный полис, в дополнение к тем отклонениям/добавкам, которые будут установлены в списке, который будет прилагаться к полису.
  - Данная декларация, включая приведенные выше декларации о состоянии здоровья, распространяется также на детей, имена которых указаны в данной заявке, и я/мы подписываю/ем эти документы также от их имени, как опекуны.
  - Ребенок, застрахованный в рамках семейного полиса, по достижении возраста 21 года продолжит быть застрахованным в рамках покрытия в соответствии с этим полисом, как подробно изложено в его условиях, а страховые взносы будут приведены в соответствии с его статусом взрослого человека.
- Мне/нам известно, что:
  - Данная страховка не покрывает иски, которые вызваны, или прямо либо косвенно связаны с плохим состоянием здоровья, с явлением или болезнью, которые существовали до вступления в силу данного полиса, в соответствии с пунктами исключительных случаев в данном полисе и Инструкциями по надзору за страховым бизнесом (условия страховых договоров) (указания по вопросу о предшествовавшем состоянии здоровья), 2004 г.
  - Предварительный период, предшествующий вступлению в силу медицинского страхования, составляет 90 дней. В случае выскабливания стенок матки или кесарева сечения предварительный период составит 365 дней.
- Отказ от соблюдения врачебной тайны  
Я/мы, нижеподписавшийся/нижеподписавшиеся, предоставляю/ем настоящим право больничной кассе и/или ее медицинским учреждениям, и/или Армии обороны Израиля, а также всем другим врачам, медицинским учреждениям и больничным кассам, Совету по национальной безопасности и/или Министерству обороны, и/или любой страховой компании и/или любому другому учреждению или инстанции, если это потребуется для выяснения прав и обязательств, оговоренных в данном полисе, - передать страховой компании "Харэль Лтд.", далее "Проситель", всю без исключения информацию в том виде, который потребует Проситель/Просители, о моем/нашем состоянии здоровья и/или о любом заболевании, которое я/мы перенесли в прошлом или которое у меня/нас имеется сейчас, и/или которое у меня/нас будет в будущем, и я/мы освобождаем вас от обязательства хранить врачебную тайну и отказываемся от соблюдения этой тайны по отношению к Просителю. Это письмо об отказе от хранения врачебной тайны является обязательным также для нашего/наших законного/законных наследника/наследников и доверенного/доверенных лица/лиц, и любого, кто будет представлять наши интересы. Это письмо является обязательным также для наших несовершеннолетних детей.
- Декларация о защите частной жизни  
Я/мы настоящим заявляю/ем, что информация, включенная в настоящую декларацию, дана по доброй воле и с моего/нашего полного согласия. Мне/нам известно, что целью передачи информации является ведение всех вопросов, сопутствующих и связанных со страховым полисом, который у меня имеется в страховой компании "Харэль Лтд." и в группе "Харэль" для статистической обработки и ведения исков. Я/мы согласны, чтобы информация была передана в целях ее обработки и хранения любой занимающейся этим информацией, которой компания сочтет нужным это передать, в соответствии с указаниями Закона о защите частной жизни от 1981 года.
- Дополнения и усовершенствования  
Во избежание новых подготовительных периодов и потери стажа по существующей страховке в связи с расширением страхового покрытия, запрашиваемым в данной заявке, я/мы просим продолжать существующую страховку и добавить в нее запрашиваемые дополнения и/или внести в нее запрашиваемые изменения.
- Процедура присоединения  
Мне известно, что существует возможность присоединить часть претендентов на страхование, в то время как в отношении других претендентов требуется продолжать процедуру выяснения условий, подписания и приема. Таким образом, будут приняты претенденты, которых сочтут возможным принять, а другие претенденты будут приняты на страхование только после завершения процесса выяснения и выпуска полиса для них, в соответствии с установленными в нем сроками.  
 Я заинтересован в использовании этой возможности разделения.

## ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- למבקש/ים להצטרף לתכנית "Upgrade":
  - ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עליי לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/ו חבר/ים ("שב"י"; "כללית מושלם/פליטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי.
  - ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את הוצאות הרפואיות הנזכרות בסכסך Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקדם בשב"י בו אני/ו חבר/ים.
  - ידוע לי כי דמי הביטוח בגין תוכנית Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקדמות בשב"י).
- למבקש/ים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):
  - ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/ו מבטוח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", "לאומית סיעודית", ולי ביטוח סיעודי מסוג \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ של קופת החולים \_\_\_\_\_ בה אני/ו מבטוח/ים.
  - ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבטוח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים). בה אין זכות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.
- אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אונתנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
  - כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, שישמש תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/ביננו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - הרשות ביד החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שלמה במלואה.
  - אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אתה/ם מבטוח/ים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות ותוספות שייקבעו בה השמה שצורף לפוליסה.
  - הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמ/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
  - ילד המבטוח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 יישמש להיות מבטוח במסגרת הכיסויים על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים דמי הביטוח ויתאמו למעמדו כבוגר.
- ידוע לי/נו כי:
  - ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישירי או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החרגים של ביטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.
  - לביטוח הרפואי תקופת אכשרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכשרה של 365 ימים.
- יתור על סודיות רפואית  
אני/נו, החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר לרשות הרשות הזכיות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משרחרי/ם אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עובדי/נו ובאיכוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.
- הצהרת הגנת הפרטיות  
אני/אנו מצהיר/ים בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/נו והבסמכותי/נו המלאה. ידוע לי/נו שמטרת מסירת המידע היא טיפול בכל העניינים הבלתי נמנעים והמקוריים בפוליסת הביטוח שיש לי בהראל חברה לביטוח בע"מ ובלקבות הראל, למטרות עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. אני/אנו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיבוד ואחסון לכל צד שעוסק בכך שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- הרחבות ושדרוגים  
כדי להימנע מתקופות אכשרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי על-פי המבוקש בהצעה זו, א/נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את הרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.
- הליך הצטרפות  
ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבל, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הבירור הפיקוח פוליסה בעברם, ובתנאים המועדים שייקבעו בה.  
 אני מעוניין באפשרות פיצול זו

## ד. Декларация претендентов на страхование - продолжение

### Подпись подателя декларации

В случае, когда бланк заявки, включая декларацию о состоянии здоровья, заполняется заявителем для претендентов, внесенных подателем декларации в бланк заявки, я подтверждаю, что страховая компания полагается на декларацию о состоянии здоровья как на существенное условие приобретения страхования, и поэтому действительность страхового покрытия для всех застрахованных будет зависеть от правильности и полноты деклараций.

Я/мы подтверждаю/подтверждаем вышеуказанные декларации.

Подпись претендентов на страхование/  
Подателя декларации от имени претендентов

חתימת המועמדים לביטוח/  
המצהיר בשם המועמדים

חתימה Подпись	מספר זהות Номер удостоверения личности	שם מבוטח/המצהיר Имя застрахованного/подателя декларации	תאריך Дата	מבוטח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים: גל. זארחאבאן /податель הדקלארציעה מן המועמדים הפרטננדנט
	_____	_____	_____	בן/בת זוג: Супруг/супруга
	_____	_____	_____	ילד מעל גיל 18: Ребенок старше 18 лет
	_____	_____	_____	

В случае, если податель декларации ставит подпись вместо претендентов, не требуется подпись супруга и ребенка старше 18 лет.

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18

## Е. Замена/изменение

Имеется ли у вас действительные полисы на страхование здоровья/страхование на случай необходимости в медицинском уходе?

Да  Нет

אם כן, אם לא

Выполняется ли в отношении действующих полисов по страхованию здоровья/полисов на случай необходимости в медицинском уходе следующее:  
(а) Могут ли они быть отменены частично или полностью; будут ли они аннулированы частично или полностью; будет ли их действие прекращено любым другим способом?

Нет  Да

(б) При приобретении нового страхового полиса и или приложений к данному полису, наступят ли какие-либо существенные изменения в условиях программы, к примеру, в страховом покрытии, в суммах страховки или премии?

Нет  Да

В случае, если ответ на пункт (а) и/или (б) положительный, агент должен предоставить вам сравнительный документ, на ваше утверждение.

## ו. החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?

אם כן, אם לא

(א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת?  
 לא  כן

(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  
 לא  כן

אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להציג לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

Подпись  
ребенка старше  
18 лет

חתימת  
ילד מעל 18

Подпись  
супруга

חתימת  
בן/בת זוג

Подпись главного  
застрахованного/  
подателя декларации

חתימת  
מבוטח ראשי/  
המצהיר

## Ж. Декларация агента

1. Декларация агента "Golden Care машлим" (дополнительного страхования на случай необходимости в медицинском уходе при наличии соответствующего страхования в больничной кассе)

Я подтверждаю, что разъяснил претенденту/претендентам на страхование, что приобретение программы "Golden Care машлим" обусловлено наличием у него страхования на случай необходимости в медицинском уходе, сделанного в рамках соответствующей программы больничной кассы. Кроме того, я разъяснил претенденту/претендентам на страхование сущность страхового покрытия программы "Golden Care машлим", по которой период ожидания составляет 3 года или 5 лет, в течение которых он /они не будет/не будут иметь права на получение компенсационных выплат по медицинскому уходу в рамках данной программы. По словам претендента/претендентов на страхование, которые были сказаны им/ими мне лично, и насколько я понял, у претендента/претендентов на страхование имеется страховка на случай необходимости в медицинском уходе, сделанная в рамках больничной кассы.

2. Декларация агента (замена/изменение полиса)

Насколько мне известно, данная заявка не связана с заменой/изменением действующего полиса.

## ז. הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים)

אני מאשר כי הבהרתי למועמד/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותו/ם מבוטח/ים בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים. כמוכן הסברתי למועמד/ים לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden Care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיה/ו זכאי/ם לתגמול סיעודי על-פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמד/ים לביטוח, שנמסרו לי אישית על-ידו/ם, ולמיטב הבנתי למועמד/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.

Подпись агента

חתימת הסוכן

Имя агента

שם הסוכן

Дата

תאריך