



### ג הצהרת בריאות

חלק א - שאלות כלליות:	מב' ראש		ב/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. גובה בס"מ										
2. משקל בק"ג										
3. מעש/עישון, כמה זמן? שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____										
4. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> האם שותה משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)										
5. האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?										
<b>חלק ב - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:</b>										
1. מחלות או תופעות של מערכת העצבים <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/>										
2. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]										
3. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]										
4. מחלת לב [4] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] <input type="radio"/> מחלת כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*										
5. מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]										
6. מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9]										
7. סוכרת [12] <input type="radio"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="radio"/> מחלת כבד [10] <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]										
8. מחלה או הפרעה: בכליות [13] <input type="radio"/> בדרכי השתן [13] <input type="radio"/> בערמונית (פרוסטטה) [14]										
9. * טחורים <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 בקע: <input type="radio"/> בסרעפת <input type="radio"/> בטבור <input type="radio"/> במפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן										
10. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> פיבורמיאלגיה*										
11. גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור* <input type="radio"/> פסוריאזיס <input type="radio"/> שינויים בנקודות חן										
12. מחלות ממאירות* <input type="radio"/> גידולים אחרים*										
13. בעיות פריון <input type="radio"/> מחלה תורשתית* <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="radio"/> FMF <input type="radio"/> בלוטת המגן [11] <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> גאוס <input type="radio"/> מחלת נפש [25] <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> שיתוק מוחי <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> פוליו										
14. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="radio"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="radio"/> האם עברת תאונה [24]										
15. האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופות או השגחה שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?										
16. * <b>לנשים (מגיל 14 בלבד):</b> <input type="radio"/> סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] <input type="radio"/> את בהריון <input type="radio"/> עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____										
17. <b>ילידים (עד גיל 18):</b> <input type="radio"/> הפרעה/עייבוב התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> מומים מולדים <input type="radio"/> אשך טמיר <input type="radio"/> נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים.										
<b>חלק ג - לביטוח סיעודי יש לענות גם על השאלות הבאות:</b>										
1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="radio"/> דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל										
2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסורים, נידות/הליכה										
<b>חלק ד - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:</b>										
1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]										



2398

\* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת רפואית עד % \_\_\_\_\_.

אני/ו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

<input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי או בקע בצלקת הניתוח	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר
<input type="checkbox"/> בקע המוצהר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר
<input type="checkbox"/> טחורים/פיסורה אנלית	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר

### ד אופן התשלום סמן ב-✓ להלן והשלם:

<input type="checkbox"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____	<input type="checkbox"/> שם המשלם אם אינו המבוטח _____	מספר הטלפון _____
רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____	<input type="checkbox"/> חתמת המשלם אם אינו המבוטח _____	
<input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> בהוראת קבע קיימת בפוליסה מספר _____	ובתנאי שאתה המשלם.
סוג הכרטיס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/>	שם בעל כרטיס האשראי _____	מספר זהות _____
	מספר כרטיס האשראי _____	תוקף הכרטיס _____ חודש _____

אני הח"מ, נותן 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 התשלום ובסכומיהם, הואיל 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 ידי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תיחיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הני"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הני"ל בהתאם.

חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

1. למבקשים להצטרף לתכנית: Upgrade Platinum / Upgrade

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתיירש על ידי המבקשים על מצב בריאות/ונו ו/או על כל מחלה שחלית/ונו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצמנו/נו ובאי-כוחנו/נו החוקיים וכל מי שבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

(א) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.  
 (ב) אני מצהיר על הסכמתי לך שהמידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנוגה להצטרפתי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עבודה, אחסון, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותך כמפורט לעיל, על ידי חברות אחרות בקבוצת הראל אנא סמן x להלן:

○ איני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל

(ג) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועבר פרטי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כמפורט לעיל, אנא רשום את האמצעי שבו אינך מעוניין לקבל פניות

(ד) אני מסכים כי בכל מקום בו מוחזק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת אליהן הועבר פרטי, מטעמי, להעביר למבטח מידע ו/או מסמך בכתב. תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה עליי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

7. הרחבת ושהדגים

כדי להימנע מתקופות אכזרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי עלי-פי המבוטח בהצעה זו, אני/נו נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את הרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.

8. קבלת שירותים במסגרת כתיב השירות

שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום יישוב בישראל. לא יינתן שירות ביקור רופא לילי במקומות שהינם מעבר לקו הירוק, מובהר שמני המתגורר מעבר לקו הירוק, הנוקד לשירות הרפואי, יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבון אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות (במקום גיאוגרפי הקרוב לבית מגוריו). ברמת הגולן שירות ביקור רופא לילי יינתן בקצרין או בכל מקום יישוב אחר באזור.

9. הפניית המועמד לביטוח לניהול השקעות בהראל פיננסים ו/או ל"תחום אשראי"

אני/נו החתום/ים מטה מבקש/ים להעביר את פרטי/נו כפי שהם רשומים בטופס הצעה זה:  
 ○ להראל פיננסים לטובת תיאום פגישה אישית בנושא ניהול תיקי השקעות. הובהר לי/לנו על ידי הסוכן שתיק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ-300,000 ש"ח ויותר.  
 ○ לתחום האשראי ולטובת פעילות כרטיסי האשראי.

10. הליך הצטרפות

ידוע לי/נו כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך ביורר תנאים, חיתום וקבלה. יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הביורר והפקת פוליסה בעבורם, ובהתאם למועדים שייקבעו בה.

○ אני/נו מעוניין/ים באפשרות פיצול זו

(א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עלי/נו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי/נו על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספות בה אני/נו חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מוסדות עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי/נו.  
 (ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את הוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אני/נו חבר/ים.

(ג) ידוע לי/נו כי דמי הביטוח בגין תכנית Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).

למבקשים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):  
 (א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/נו מבטוח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב",

לאומית סיעודית", ו/או ביטוח סיעודי מסוג \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_

של קופת החולים \_\_\_\_\_ בה אני/נו מבטוח/ים.  
 (ב) 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 זדמות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:  
 (א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
 (ב) התשובות המפורטות בהצעה הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/ביננו בין החברה ויחול חלק בלתי נפרד ממנו.

(ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחובה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרטים הראשונה שלמה במלואה.

(ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אני/נו מבטוחים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף לחרגות/תוספות שייקבעו בדף הרשימה שיצורף לפוליסה.

(ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/אנו חותם/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.

(ו) ילד המבטוח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבטוח במסגרת הכיסויים על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח ויתאמו למעמדו כבוגר.

4. ידוע לי/לנו כי:

(א) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.  
 (ב) לביטוח הרפואי תקופת אכזרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכזרה של 365 ימים.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו, החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצלה, 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 לביורר הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש",

חתימת המצהיר

המבקר שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל-כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני מאשר את ההצהרות האמורות לעיל.

חתימת המועמדים/ המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם מבטוח/המצהיר	מספר הזהות	חתימה
מבטוח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים:				
בן זוג:				
ילד מעל גיל 18:				

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

1 החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?

האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידרים שבתוקף:

(א) עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? לא ○ לא ○ כן ○  
 (ב) כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו,

האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?

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

חתימת מבטוח ראשי / המצהיר	חתימת בן זוג	חתימת ילד מעל 18
---------------------------	--------------	------------------

2 הצהרות הסוכן

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

אני מאשר כי הבהרתי למועמד/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותו/ם מבטוח/ים בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי. כמיוכן 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/ים זכאים לתגמול סיעודי על-פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמד/ים לביטוח, שנמסרו לי/נו אישית על-ידם/ם, ולמיטב הבנתי למועמד/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

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

חתימת הסוכן	שם הסוכן	תאריך
-------------	----------	-------