

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, ולפי 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.

שאלות כלליות	מב' ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. גובה בסי"מ										
2. משקל בק"ג										
3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- _____ ק"ג הסיבה: דיאטה ○ אחרת										
4. מעשן, כמה זמן? _____ שנים. כמות סיגריות ליום _____ אם הפסקת, רשום מתי? _____										
5. שותה משקאות אלכוהוליים: ○ מזמן ○ עד 2 כוסות ליום ○ מעל 2 כוסות ליום?										
6. משתמש או השתמשת בסמים? נא פרט סוג _____, אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____										
האם קיימת אבחנה או סבלת מ-? (סמן ב-✓)										
7. לידעתך, מחלות אלה אינן מאפשרות הצטרפות לביטוח! ○ סיסטיק פיברוזיס ○ טרשת נפוצה ○ אצלחיימר ○ איידס ○ שחמת ○ איספיקת כליות ○ תסמונת דאון ○ ניוון שרירים ○ פרקינסון ○ איספיקת לב ○ זאבת ○ גושה ○ סרטן ב-3 השנים האחרונות ○ כליות פוליציסטיות ○ אירוע מוחי (בביטוח סיעודי בלבד) ○ אוטיזם (בביטוח סיעודי בלבד)										
8. 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										
9. מחלה או מגבלה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]										
10. בעיות הקשורות ב-: ○ אף ○ אוזן ○ גרון [2]										
11. מחלת לב [4]										
12. מחלת: ○ כלי דם [7] ○ עורקים [7] ○ ורידים [7] מחלת דם: ○ אנמיה ○ פוליציתמיה ○ הפרעת קרישה ○ המופיליה ○ מחלת דם אחרת נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת										
13. יתר לחץ דם [5]										
14. ○ אסטמה (ברונכיט כרונית) [3] ○ מחלת ריאות אחרת [3] ○ חזה אוויר ○ COPD, נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות										
15. מחלה או הפרעה ב-: ○ קיבה [9] ○ מערכת העיכול [9] ○ כיס המרה [9] ○ מעיים [9] ○ צרבת ○ קיצור קיבה ○ צליאק										
16. ○ סוכרת [12] ○ כולסטרול [6] ○ טריגליצרידים [6]										
17. ○ מחלת כבד ○ מחלת צהבת [10]										
18. ○ אפילפסיה [22] ○ FMF [8] ○ בלוטת המגן (התריס) [11] ○ מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל										
19. מחלה ב-: ○ כליות [13] ○ דרכי השתן [13] ○ ערמונית (פרוסטטה) [14]										
20. * בקע (הרניה): ○ סרעפת ○ טבור ○ מפשעה בצד: ○ ימין ○ שמאל ○ בשרי הצדדים, באיזה גיל? _____ כל מקרה ביטוח הקשור בבקע המוצהר אינו מכוסה בביטוח זה למעט אם חלפו מאז הניתוח 15 שנים. חתימת המבוטח לאישור החריג										
21. * טחורים ○ פיטורה כל מקרה ביטוח הקשור בטחורים ובפיטורה אנאלית אינו מכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג										
22. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: ○ עמוד השדרה [21] ○ עקמת [21] ○ ברכיים [20] ○ מפרקים [18][19] ○ ידיים [18][19] ○ רגליים [18][19] ○ עצמות [18][19] ○ CTS (שורש כף היד) ○ הלום ולגום ○ אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] ○ גאווט, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל										
23. גידולי עור [16] ○ דלקות עור / מחלות עור ○ פסוריאזיס ○ שיניים בנקרות חן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל										
24. מחלות ממאירות ○ גידולים אחרים נא צרף מכתב עדכני מהרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות										
25. מיגרנה ○ אלרגיה ○ בעיות פרוין אצל הגבר ○ הפרעת נפש/מחלת נפש [25] ○ שחפת, האם פעילה/בטיפול ○ כן ○ לא										
26. מחלה ו/או תופעה כרונית ○ מחלה תורשתית ○ פיגור שכלי ○ מחלה במערכת העצבים ○ שיתוק מוחין ○ אוטיזם ○ הפרעה התפתחותית ○ פיברומיאלגיה ○ נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת										
27. מומים מולדים: ○ חך ססוע ○ אחר ○ אשר טמיר, האם הבעיה נפתרה? ○ לא ○ כן, לפני _____ שנים האם נולד פגל? נא צרף מכתב עדכני מהרופא ילדים										
28. פוליו: ○ רגל אחת ○ יד אחת ○ אחר										
29. עברת תאונה [24] כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי										
30. האם עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? אכן, צרף סיכום ניתוח.										
31. האם אושפדת (כולל אשפוז יום)? [23]										
32. ○ נמצא כעת במהלך בירור תופעה ו/או מחלה ו/או סובל ממחלות אחרות ○ 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										
33. מחלות: ○ גריאטריות ○ ניווניות ○ רעד ○ ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית. נא צרף מכתב עדכני מהרופא נירולוג מטפל										
34. מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות										
35. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב-: ○ רחם [15] ○ דמום [15] ○ תופעה גנקולוגית אחרת [15] ○ פרוין ○ היריון מחוץ לרחם										
36. * עברת לידה בניתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בניתוח קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכוסה ○ נמצאת בהיריון, מה המשקל לפני ההיריון _____ ק"ג. חתימת המבוטחת לאישור החריג כל מקרה ביטוח הקשור להיריון וללידה הנכחים אינו מכוסה										

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

חתימת המבוטח הראשי/המצהיר _____ חתימת בן/בת זוג _____

ד אופן התשלום סמן ב-✓ להלן והשלם:

<input type="radio"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____ שם המשלם אם אינו המבוטח _____ מספר הטלפון _____	<input type="radio"/> רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____ חתימת המשלם אם אינו המבוטח _____
<input type="radio"/> באמצעות כרטיס אשראי _____ שם בעל כרטיס האשראי _____ מספר כרטיס האשראי _____	<input type="radio"/> חודשי _____ <input type="radio"/> שנתי _____ סוג הכרטיס _____ ויזה _____ דינרס _____ אמריקן אקספרס _____

אני ח"מ, נותן לכם באת 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, האויל וניתנה על ידי 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. הרשאה זו תהיה בתוקף מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק וישא מספר אחר. כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בבושר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגן החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

חתימת בעל הכרטיס _____ תאריך _____



1. למבקשים להצטרף לתכנית "Upgrade":

(א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/ו מבוטח/ים ב"שירותי בריאות נוספים" - שב": "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף", "לאומית ועוד/זהב", באחת מקופות החולים ולי

שב"ן מסוג _____ מתאריך _____

של קופת החולים _____ בה אני/ו מבוטח/ים. (ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח לביטוח לכיסוי מרחב לניתוחים ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן אני/ו מבוטח/ים.

2. למבקשים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):

(א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/ו מבוטח/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 מבוטח/ים. (ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולי תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זכאות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אתנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהירים, מסכים/ים ומתחייבים בזה כי:

- (א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- (ב) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/ביננו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- (ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
- (ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת

חתימת המצהיר

במקרה 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. נא סמן ב-✓ את הסעיפים הרלוונטיים:

סעיף	1 (Upgrade)	2 ("Golden Care משלים")	3	4	5	6
חתימת המועמדים לביטוח/ המצהיר בשם המועמדים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מבוטח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
תאריך	_____	_____	_____	_____	_____	_____
שם מבוטח/המצהיר	_____	_____	_____	_____	_____	_____
מספר הזהות	_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימה	_____	_____	_____	_____	_____	_____

בן/בת זוג: _____

ילד מעל גיל 18: _____

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

1 החלפה/שינוי

האם יש בידיך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף? לא כן ← האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי כוללות ריידים שבתוקף:

- (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 זו, 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 להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

חתימת מבוטח ראשי / המצהיר _____ חתימת בן/בת זוג _____ חתימת ילד מעל 18 _____

2 הצהרות הסוכן

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

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

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

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

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____