

ג. הצהרת בריאות

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת/לאבחנה הסופית, בצרף בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

מבטח ראשי	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4																																				
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן																																			
1 האם הנך מוגבלת/בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?																																													
2 האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:																																													
2.1 פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/>																																													
2.2 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות? <input type="checkbox"/>																																													
2.2 ירידה בצפיפות העצם <input type="checkbox"/>																																													
לתוכנית נכות תעסוקתית יש לענות בנוסף גם על השאלה הבאה:																																													
3 האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? <input type="checkbox"/> עקרות/בית - האם הותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי/י																																													
במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם, תיגבה תוספת רפואית. האם אתה מסכים כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורך ו/או עבור ילדיך עד גיל 18 כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללות את הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לך ו/או לילדיך עד גיל 18, לפי העניין: תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם. <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>מבטח ראשי</th> <th>תאריך</th> <th>שם המבוטח</th> <th>מספר זהות</th> <th>חתימה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											מבטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה																														
מבטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה																																									
במידה וניתנה תשובה חיובית לכל שאלה אחרת, יש להעביר הצהרת בריאות מלאה ומסמכים רפואיים מפורטים המתייחסים למענה החיובי בהצהרת הבריאות																																													

ד. המוטבים במקרה מוות

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	קרבה	% מסכום הביטוח
מבטח ראשי			
בן/בת זוג			
ילד 1			
ילד 2			
ילד 3			
ילד 4			

ה. מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספת רפואית לדמי הביטוח ו/או הנחות, בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות פוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, 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.

ו. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות כן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - אני/אנו מצהירים 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 ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ויתור על סודיות רפואית: אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים 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 לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתו לביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.
- הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת הצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור כלל המועמדים לביטוח.
 - אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (גא לסמן אם הנך מעוניין).
- אני/נו מסמיכים/ים את סוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ו"לקבל מ"הראל" "בשמי/נו ועבורי/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 - אני/נו מסמיכים/ים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 - במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735).

