



שם ילד 3	שם ילד 2		שם ילד 1		בן/ת זוג	מב' ראשי	חלק א - שאלות כלליות
	לא	כן	לא	כן			
							1. גובה בס"מ מילימטר
							2. משקל בק"ג
							3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- ק"ג _____ הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת
							4. מעשן/עישנת, כמה זמן? _____ שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____ כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום _____ [26]
							5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום?
							6. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____
<b>חלק ב - האם קיימת אבחנה או סבלת מ:</b>							
							1. <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדי איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה
							2. <input type="radio"/> אירוע מוחי, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע
							3. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשות הן יותר ממספר 7) [1]
							4. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]
							5. מחלת לב [4] מחלת: <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> עורקים [7] <input type="radio"/> ורידים [7] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אנמיה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרשה <input type="radio"/> המופילה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת
							6. <input type="radio"/> אסטמה (ברונכיט כרונית) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אוויר <input type="radio"/> COPD, <input type="radio"/> נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס
							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"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]
							9. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]
							10. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> בלוטת המגן (התריס) [11] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
							11. מחלה ב-: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]
							12. * בקע (הרניה): <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, האם נותחת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ חתימת המבוטח לאישור החריג.
							13. * 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 <input type="radio"/> כל מקרה ביטוח הקשור בטחורים ובפיסורה אנאלית לא יכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג.
							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 ולגום <input type="radio"/> אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס <input type="radio"/> גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס - האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> שינויים בנקודת חן, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
							16. <input type="radio"/> מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות
							17. <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> בעיות פריון אצל הגבר <input type="radio"/> הפרעת נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> שחפת, האם פעילה/בטיפול <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
							18. <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית <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/עיכוב התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> פיברומיאלגיה <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת
							19. <input type="radio"/> מומים מולדים: <input type="radio"/> חך שסוע, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, לפני _____ שנים <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> האם נולד פג - לילדים עד גיל 3 <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים. פוליו: <input type="radio"/> רגל אחת <input type="radio"/> יד אחת <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> האם עברת תאונה, כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי [24]
							21. האם עברת ניתוח או אושפזת (כולל אשפוז יום) <b>שלא קשורים לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> [23]
							22. <input type="radio"/> האם נמצא כעת במהלך בירור תופעה ו/או מחלה ו/או סובל ממחלות אחרות <input type="radio"/> האם נמצא בטיפול רפואי ו/או תרופתי ו/או השגחתי <b>שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות.</b> <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת וכולל תוצאות כל הבדיקות שבוצעו
							23. מחלות: <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"/> אלצהיימר, <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל
							24. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרם, נידות
							25. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, ניסיון להתאבדות? (אם כן, פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל). [27]
							26. האם אתה עובד עם: <input type="radio"/> גזים רעילים <input type="radio"/> אסבסט <input type="radio"/> חומרים כימיים <input type="radio"/> חומרי ריסוס <input type="radio"/> חומרים רדיואקטיביים <input type="radio"/> קרינה מכל סוג שהוא <input type="radio"/> פרט: מקום, משך החשיפה ואמצעי מיגון.
							27. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב-: <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> רחם [15] <input type="radio"/> דימום [15] <input type="radio"/> תופעה גינקולוגית אחרת [15] <input type="radio"/> פרוין <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם
							28. * עברת לידה בניתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בניתוח המבוטחת לאישור החריג <input type="radio"/> קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכוסה <input type="radio"/> נמצאת בהיריון, מה המשקל לפני ההיריון _____ ק"ג. חתימת המבוטח לאישור החריג. * כל מקרה ביטוח הקשור להיריון וללידה הנוכחיים אינו מכוסה <input type="radio"/> חתימת בעל הכרטיס

אני/ו מסכים/ים מראש להחגרה של המחלה/הבעיה:

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד % \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/המצהיר / חתימת בן/בת זוג

**ד אופן התשלום סמן ב- ✓ להלן והשלם:**

<input type="radio"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____	<input type="radio"/> שם המשלם אם אינו המבוטח _____	מספר הטלפון _____
רחוב _____	מס' בית _____	חתימת המבוטח/המבוטחת
<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> שנתי	<input type="radio"/> באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> בהוראת קבע <input type="radio"/> קיימת בפוליסה מספר _____	ובתנאי שאתה המשלם.
סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי _____	מספר זרות _____
<input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ישראלכרט	מספר כרטיס האשראי _____	תוקף הכרטיס _____
אני הח"מ, נתן לכך באת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכך 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, הואיל וניתנה עליי הרשאה הראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומטוהיהם יקבעו 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 בשרבוך 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 _____

**ה הצהרת המועמדים לביטוח**

1. למבקשים להצטרף לתכנית: **Upgrade Platinum / Upgrade**

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 בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.  
 (ב) לביטוח הרפואי תקופת אכשרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכשרה של 365 ימים.

5. **יתור על סודיות רפואית**  
 אני/אנו, 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, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות 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/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 עוזבני/נו ובאי-כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

6. **הרחבת ושדרוגים**  
 כדי להימנע מתקופות אכשרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי על פי המבוקש בהצעה זו, אני/נו נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את ההרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.

7. **קבלת שירותים במסגרת כתבי השירות**  
 ידוע לי/נו כי השירותים הניתנים במסגרת כתבי השירות, ינתנו בכל מקום יישוב בישראל, למעט: יהודה, שומרון, חבל עזה, יישובי בקעת הירדן והערבה, אשר בהם מנוי הנזקק לשירות רפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל-חשבונו לכתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.

8. **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/נו על ידי הסוכן שתיק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ-300,000 ש"ח ויותר.  
 ○ לתחום האשראי ולטובת פעילות כרטיסי האשראי.

9. **הליך הצטרפות**  
 ידוע לי/נו כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח אילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הבירור והפקת פוליסה בעבורם, ובהתאם למועדים שייקבעו בה.  
 ○ אני/נו מעוניין/ים באפשרות פיצול זו

1. למבקשים להצטרף לתכנית: **Upgrade Platinum / Upgrade**  
 (א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגן ניתוח עלי/נו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי/נו על פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/נו חבר/ים ("שב"). "כללית מושלם/פלטיום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי/נו.  
 (ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה שב"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).

2. 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", ולי/נו ביטוח סיעודי מסוג \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_  
 של קופת החולים \_\_\_\_\_ בה אני/נו מבטוח/ים.  
 (ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרוב משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חדשי, רק לאחר שהמבטח היה בצמצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זכאות לתגמול סיעודי על פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכימ/ים ומתחייב/ים בה כ: (א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
 (ב) התשובות המפורטות בהצגת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, שמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/בינו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 (ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שלומה במלואה.  
 (ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החררות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אני/נו מבטוח/ים בהראל, החררות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחררות/תוספות שייקבעו בדרך הרשימה שיוצא לפוליסה.  
 (ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריות ששלט, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמ/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.  
 (ו) ילד המבטח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבטוח במסגרת הכיסויים על פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח ויתאמו למעמדו כבוגר.

**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 המבטוחים 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/בת זוג:				

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

**1 הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

(א) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.  
 (ב) אני מצהיר על הסכמתי לכך 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 נותן ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנוגה להצטרפותי לפוליסה ולכל עניין הקשור בימי מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.  
 אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותי כמפורט לעיל, על ידי חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע על כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת http://www.harel-group.co.il.

חתימת מבטוח ראשי / המצהיר בשם המועמדים	חתימת בן/בת זוג	חתימת ילד מעל 18

**2 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  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 להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.**

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

**ה הצהרת 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. 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/נו אישית על ידי/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