

אני החתום מטה (להלן המועמד לביטוח) מבקש מ"הראל" חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

תקופת הביטוח המבוקשת	
מתאריך	עד תאריך

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ,

אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים

אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

שם הסוכן: .....

מס' הסוכן: .....

## א פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 75)

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
מספר דרכון				
שם פרטי				
שם משפחה				
תאריך לידה				
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך כניסה לישראל				
אזרחות				
מטרת הביקור				
כתובת				
טלפון נייד				
דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	@ .....			

## ב בחירת ספק

מערך פרטי של הראל  שירותי בריאות כללית

## ג הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבטח ראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. במידה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

חלק א': במהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:		מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1	האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנותיות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית, כגון: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות דם					
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:						
1	מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים					
2	אי ספיקת כליות					
3	מערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית כרונית (copd) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס					
4	מחלה או גידול ממאיר (סרטן)					
5	מחלות של מערכת החיסון: <input type="checkbox"/> איידס ו/או נשאות HIV <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס)					

פרט: .....

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition.  
לתשומת לבך - הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מצב קיים.

1. א. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן 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 לפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.  
 ב. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
 ג. 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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 ד. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח.  
 ה. הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחימתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?  כן  לא.

**לידיעתך:**

2. מצב רפואי קודם: מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג. סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:  
 1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.  
 2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.  
 3. ביטוח רפואי זה כפוף לתקופת אכשרה של 48 שעות.  
 4. אני מודעת/לך שחווה הביטוח ייכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור קבלה בכתב לגבי המועמד לביטוח. בכל מקרה, תקופת הביטוח תחל ממועד האישור על ידי המבטחת, כאמור לעיל.  
 5. **ויתור על סודיות רפואית** - אני/נו החתום/ים מטה/ות/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 קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/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 משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

**ה חתימת המועמד לביטוח**

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
			/
			/
			/
			/
			/
			/
עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה

**י תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

פרטי המועמד לביטוח	
שם פרטי	שם משפחה
מספר דרכון	
פרטי המשלם	
מס' ת.ז.	שם בעל הכרטיס
CVW (3 ספרות בגב הכרטיס)	מס' כרטיס
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח	
מס' ימים	1-90
מס' תשלומים	1
מיקוד	רחוב ומספר
כתובת אימייל	Email
	טלפון
<p>אני הח"מ, נותן להראל בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל-..... \$ לפי שער הדולר היציג ביום בו יחוייב חשבוני בבנק. החיוב יהיה ב..... תשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסות הביטוח.</p> <p>הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p> <p>לידיעתך ביטוח תיירם ייכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והמעסיק והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאשר על ידו ו/או ע"י אישור פרטני של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם.</p> <p>התחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותך, תקף. בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.</p>	
תאריך	שם בעל כרטיס האשראי
	חתימת בעל כרטיס האשראי

טו"ד והראל 11474/9880