

Devis de l'assurance pour touristes en Israël "Tour & Care"



Ce formulaire s'adresse à la fois aux hommes et aux femmes.
Veuillez le remplir de manière précise et complète.

Édition 06/2020

Je soussigné (ci-après le « candidat à l'assurance ») demande à la compagnie d'assurances Harel (ci-après l'« assureur ») de bien vouloir m'assurer en se basant sur tout ce qui est mentionné dans le présent devis.

Les documents de la police d'assurance seront envoyés à votre numéro de téléphone tel qu'il apparaît chez la société Harel. Si vous souhaitez recevoir ces documents par courrier électronique, veuillez saisir une adresse email parmi vos coordonnées. Alternativement, si vous souhaitez recevoir ces documents par la poste, veuillez l'indiquer ici: (L'envoi des documents sera effectué d'après les coordonnées actualisées enregistrées dans le système au moment de l'envoi.)

À l'attention de: **Harel Insurance Company Ltd**
Division de l'assurance pour les travailleurs étrangers/touristes
3, rue Aba Hillel, boîte postale 1951, 5211802 Ramat Gan, Fax: 03-7547777,
email: fax7930@harel-ins.co.il

Période d'assurance requise	
de	à

Nom de l'assureur:

Numéro de l'assureur:

A Coordonnées des candidats à l'assurance (jusqu'à l'âge de 75 ans)

	Assuré principal	Conjoint/e	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
No de passeport					
Prénom en anglais					
Nom de famille en anglais					
Date de naissance					
Sexe	<input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém	<input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém	<input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém	<input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém	<input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém
Date d'entrée en Israël					
Nationalité					
But de la visite					
Adresse de séjour en Israël					
Nom de la famille d'accueil					
No de portable					
Email pour les messages personnels et rapports@.....				

B Choix du prestataire de services

Réseau privé de Harel Services médicaux de la Clalit

C Déclaration médicale

La déclaration médicale ci-après s'appliquera séparément à chacune des parties suivantes : l'assuré principal, son/sa conjoint/e et chacun des enfants des assurés. Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un ✓ la case correspondant à la réponse correcte. En cas de réponse positive à l'une des questions, veuillez joindre un certificat mis à jour du médecin traitant en rapport au problème déclaré, les résultats des examens médicaux, la forme du traitement et l'état de santé actuel.

	Assuré principal	Conjoint/e	Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Est-ce que pour l'un ou plusieurs des assurés l'une des raisons de l'arrivée en Israël est la réception d'un traitement médical?								

Si la réponse à la question 1 est positive, nous ne pouvons pas vous assurer.

Partie A': Enquête médicale en cours pour un symptôme ou une maladie	Assuré principal	Conjoint/e	Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1 Avez-vous été envoyé, au cours des deux dernières années, faire l'un des examens médicaux ou diagnostiques suivants, ou êtes-vous actuellement au milieu de l'une de ces procédures, pour laquelle aucun diagnostic définitif n'a encore été prononcé : cathétérisme cardiaque scintigraphie, échocardiographie, IRM, CT, écographie (ne s'inscrivant pas dans le cadre d'un suivi prénatal de routine), biopsie, sang occulte, coloscopie ou gastroscopie?								



^dt33533

C Déclaration médicale

Partie B': Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à un ou plusieurs des problèmes suivants		Assuré principal		Conjoint/e		Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Système nerveux (neurologie) et cérébral: <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> SLA										
2	Insuffisance rénale										
3	Voies respiratoires: <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) <input type="checkbox"/> Fibrose kystique										
4	Maladies ou tumeurs malignes (cancer)										
5	Maladies du système immunitaire: <input type="checkbox"/> SIDA ou séropositivité <input type="checkbox"/> Lupus										

Détails:.....

.....

.....

.....

Veillez noter: la police d'assurance ne couvre pas les événements liés à un état de santé antérieur.

D Services complémentaires moyennant des primes d'assurance supplémentaires

Couverture	Assuré principal	Conjoin t/e	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 3
Transport médical aérien						
Décès ou perte d'organes						

E Déclaration médicale du candidat à l'assurance

1. a. Bien qu'il n'y ait pas d'obligation légale de fournir une partie des informations demandées dans le présent document, cette information est essentielle pour votre adhésion aux polices d'assurance ainsi que pour le traitement des questions qui leur sont liées. Ces informations seront collectées, stockées et traitées par la Société et les autres sociétés du groupe Harel (Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. et ses filiales) ou des tiers travaillant pour elles ou les représentant. Elles seront utilisées à toutes fins se rapportant aux polices d'assurance et autres fins légitimes, notamment pour des calculs actuariels. Vous pouvez trouver de plus amples renseignements à ce sujet dans la Politique de confidentialité diffusée sur le site Internet de la Société.
- b. Je/nous déclare/ons que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma/notre propre volonté.
- c. Les réponses spécifiées dans la déclaration médicale, ainsi que toute autre information qui sera fournie à la Société, de même que les conditions communément acceptées de la Société à ce sujet, seront réputées conditions essentielles du contrat d'assurance entre vous et la Société et en feront partie intégrante.
- d. La Société est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement après que la Société émet une confirmation écrite de l'admission de tous les candidats à l'assurance.
- e. Le consentement et la présente déclaration, y compris la déclaration médicale ci-dessus, s'appliqueront également aux enfants dont les noms sont mentionnés dans la proposition et votre/vos signature/s des documents est/sont apposée/s également en leurs noms, en votre/vos qualité/s de tuteur/s légal/aux. Vous êtes autorisé/s à signer ces documents en leur nom ? **Oui** **Non**
- f. Je confirme qu'on m'a remis les informations essentielles concernant l'assurance, comprenant au minimum la description des principaux éléments de la couverture garantie par l'assurance, des primes d'assurance, de la durée de l'assurance, des principaux capitaux assurés et des principales limites de responsabilité et le fait que je peux obtenir des informations complètes à leur sujet

Veillez noter

2. État de santé antérieur: événement assuré dont la cause réelle était le cours normal d'un état de santé antérieur et subi par l'assuré pendant la période d'exception. Une exception au titre d'un état de santé antérieur pour un assuré dont l'âge au moment du début de la période d'assurance est:
 - a. inférieur à 65 ans - sera valable pour une période n'excédant pas un an à compter du début de la période d'assurance;
 - b. égal à 65 ans ou plus — sera valable pour une période n'excédant pas six mois à compter du début de la période d'assurance.
3. La présente assurance maladie est soumise à un délai de carence de 48 heures.
4. Je suis conscient/e que le contrat d'assurance n'entrera en vigueur qu'après que la Société aura délivré une confirmation écrite de l'admission du candidat à l'assurance. Dans tous les cas, la période d'assurance commencera à compter de la date de confirmation par l'Assureur, comme énoncé ci-devant.
5. **Consentement à l'utilisation des informations**
 Acceptez-vous, au-delà des dispositions de la loi ou d'un accord, que les informations contenues dans le présent document, ainsi que des informations supplémentaires vous concernant, qui sont ou seront en possession d'autres sociétés du groupe Harel (Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. et ses filiales) soient utilisées par les sociétés du groupe Harel ou tout tiers les représentant également à toutes fins liées à d'autres produits et services des sociétés du groupe Harel (dans le domaine de l'assurance, de l'épargne à long terme et des finances) et à leur commercialisation, notamment pour permettre aux sociétés susmentionnées de vous informer sur des produits et services, et à d'autres fins annexes aux fins susmentionnées et requises pour leur réalisation, même si les informations sont transmises à des tiers agissant au nom et à la place du groupe Harel. **Oui** **Non**

E Déclaration médicale du candidat à l'assurance

6. **Renonciation au secret médical:** Je/nous, soussigné(e)(s), autorise/ons par la présente les cliniques de la caisse de maladie (Kupat Holim) ou ses institutions médicales ou Tshal ou tous autres médecins et psychiatres, institutions médicales et hôpitaux, ou l'Assurance nationale (Bitouah Leumi) ou le ministère de la Défense ou toute compagnie d'assurance ou toute institution et tout tiers, **dans la mesure du nécessaire pour la clarification et le règlement des demandes en vertu de la police ou pour l'examen de mon/notre admission à l'assurance demandée**, à fournir à Harel (ci-après désigné: « **le Demandeur** ») toute information et tous détails en leur possession, sans exception et de la manière requise par le Demandeur, concernant mon/notre état de santé, y compris toute maladie dont j'ai/nous avons souffert par le passé ou dont je suis/nous sommes atteint/s à présent ou que je suis/nous sommes susceptible/s d'avoir à l'avenir. Je/nous vous dispense/ons de l'obligation de respecter le secret médical, auquel je/nous renonce/çons en faveur du « Demandeur » et je/nous n'aurai/ons contre vous ou le Demandeur aucune réclamation ou demande de quelque nature que ce soit en rapport avec ce qui précède. Cette décharge de responsabilité engage mes/nos héritiers et fondés de pouvoir et tout représentant autorisé. La présente renonciation au secret médical s'appliquera également à mon/nos enfants en bas âge.
7. En adhérant à cette police, vous autorisez votre assureur à soumettre et à recevoir en vos lieux et place tous les avis ou documents liés au processus de souscription et d'adhésion à la police.

Signature du candidat à l'assurance

	Date	Nom de l'assuré	Numéro d'identité	Signature
Assuré principal				
Conjoint/e				
Enfant jusqu'à 18 ans				
Enfant jusqu'à 18 ans				
Enfant jusqu'à 18 ans				
Témoin de la signature (assureur:)				
	Date	No d'identité	Nom	Signature

F Déclaration de l'assureur (section obligatoire devant être signée par l'assureur)

Déclaration de l'assureur concernant la vérification des besoins du candidat et la proposition d'une assurance répondant à ses besoins: Je confirme que dans le cadre du processus de vente, j'ai vérifié les besoins du/des candidat/s à l'assurance conformément aux directives de la circulaire du Commissaire aux assurances relative à l'adhésion à une assurance et que je lui/leur ai proposé une assurance répondant à ses/leurs besoins.

Date Nom de l'assureur Signature de l'assureur

G Prélèvement par carte de crédit — Dates de prélèvement : conformément aux modalités prévues par la compagnie de crédit de l'assuré/du payeur.**Coordonnées du candidat à l'assurance**

Prénom	Nom de famille	Numéro de passeport
--------	----------------	---------------------

Coordonnées de la personne s'acquittant du paiement

Numéro d'identité		Nom du titulaire de la carte de crédit
CVV	Date d'expiration de la carte..... /	Numéro de la carte

Il est possible de payer en plusieurs versements selon la période d'assurance

Nombre de jours	1-90	91-180
Nombre de versements	1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Code postal	Ville	Rue et numéro
-------------	-------	---------------

Adresse électronique	Téléphone
.....@.....	

Veuillez noter que le moyen de paiement servira au prélèvement de la prime pour tous les assurés de la/des police/s. Les montants du prélèvement et leurs dates seront conformes à ce qu'a fixé la Société en vertu des conditions de paiement de la/des police/s d'assurance et des modifications qui y seront apportées de temps à autre. Le prélèvement sera effectué en shekels d'après le taux de change du dollar au jour où le prélèvement est présenté à la compagnie de la carte de crédit. Si a lieu un remboursement de la prime, ce dernier sera effectué sur ce moyen de paiement, sauf si la Société décide de le faire sur un autre moyen de paiement. Si la/les police/s d'assurance est/sont renouvelée/s, le moyen de paiement sera prélevé des paiements découlant de la/les police/s renouvelée/s. La présente autorisation s'appliquera également au prélèvement sur une carte émise avec un autre numéro en remplacement de la carte dont le numéro est indiqué dans le présent formulaire.

Date	Nom du titulaire de la carte de crédit	Signature du titulaire de la carte de crédit

Des informations complémentaires sur la politique de confidentialité des institutions financières du groupe Harel sont disponibles sur le site web du groupe à l'adresse www.harel-group.co.il.

