

הצעה לביטוח לתיירים בישראל "Tour and Care"

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מהדורה 08/2021

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

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם וברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל אנא למלא את כתובת הדוא"ל בפרטים האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנה ציין זאת כאן. (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

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

א פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 75)

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
מספר דרכון				
ארץ הנפקת דרכון				
שם פרטי באנגלית				
שם משפחה באנגלית				
תאריך לידה				
מין	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"/>
תאריך כניסה לישראל				
אזרחות				
מטרת הביקור				
כתובת שהותך בישראל	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב
שם המשפחה בה אתה מתארח				
טלפון נייד				
דוא"ל להודעות אישיות ודיוריים				

ב בחירת ספק

מערך פרטי של הראל שירותי בריאות כללית מכבי שירותי בריאות

ג הצהרת בריאות

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

1	האם עבור אחד או יותר מהמבוטחים אחת ממטרות ההגעה לישראל הינה קבלת טיפול רפואי?	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>

במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח

חלק א': שאלות כלליות

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
1	האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם אתה/שותה או שתית משקאות אלכוהוליים בקביעות? פרט את כמות הצריכה, כוסות ליום.			
2	האם ב-5 שנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (שלא כחלק מבדיקות שגרה) וטרם ביצעת אותה או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית כגון: מחלות כרוניות, צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, מחלות אוטואמוניות לרבות זאבת (אם כן יש להעביר תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית).			
3	האם אתה/עברת ב-5 שנים האחרונות או עתיד לעבור ניתוח/השתלה? נא פרט:			
4	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות? נא פרט סיבת האשפוז והטיפול שקיבלת.			
5	האם במהלך 5 השנים האחרונות הנך נוטלת/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרט מה הבעיה בגינה הנך מטופל/טופלת, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ תרופה זו?			
6	האם אובחנת כסובל מאלרגיות? נא 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.



dt33533

מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										1. מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> סחרחורות חוזרות <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> התעלפויות <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> גושה <input type="checkbox"/> אובדן תחושה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> מגרנה <input type="checkbox"/> האם פית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזכרון (דימנציה) <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות HIV <input type="checkbox"/> זאבת(לופוס) <input type="checkbox"/> במידה והתשובה לאחת או יותר מהבעיות חיובית, יש לצרף מכתב עדכני מהרופא הניירולוג המטפל.
										2. עיניים וראייה: <input type="checkbox"/> קטרקט <input type="checkbox"/> בעיות רשתית וקרנית <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> דלקות עיניים <input type="checkbox"/> פיזילה <input type="checkbox"/> עיוורון <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית עיניים אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										3. לב: <input type="checkbox"/> הפרעות בקצב הלב <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> מום לב מולד <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> מחלות מסתמים, מחלה/בעיית לב אחר <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										4. כלי דם: <input type="checkbox"/> דליות (בוורדי הרגליים) <input type="checkbox"/> קרוטיס (בעורקי הצוואר) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT (פקקת/טרומבוזה) <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים), <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כלי דם אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										5. מחלות חילוף חומרים: <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (בלוטת התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת הלימפה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> בלוטת הזיעה <input type="checkbox"/> בלוטת יתר המוח <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> שמונים גבוהים/כולסטרול, מחלה/בעיית חילוף חומרים אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										6. דרכי נשימה: <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחת <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אוויר (פנאומוטורקס) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית דרכי נשימה אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										7. מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> אולקוס (כיב) קיבה/תסריון <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> רפלוקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות/דלקות לבלב <input type="checkbox"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס מרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מערכת העיכול אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										8. כבד: <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> היפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת, <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כבד אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										9. בקע (הרניה): מיקום הבקע: בסרעפת/בטבור/במפשעה הימנית/במפשעה השמאלית <input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
										10. כליות ודרכי השתן: <input type="checkbox"/> דלקות חוזרות <input type="checkbox"/> אבנים בכליות או בדרכי שתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> מומים בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות, מחלה/ בעיית כליות ודרכי השתן אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										11. מפרקים ועצמות: <input type="checkbox"/> דלקת מפרקים(ארטריטיס) <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב/עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מפרקים ועצמות אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										12. מחלות עור ומין: <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות מין <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית עור ומין אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										13. גידולים ממאירים/מחלות ממאירות (סרטן)
										14. לנשים: <input type="checkbox"/> שדיים (לרבות הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית, מחלה/ בעיית נשים אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										15. לגברים: <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> וריקוצלה/הידרוצלה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית גברים אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:
										16. מחלות אף אוזן גרון: <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית אף אוזן גרון אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:

פרט:

הכיסוי	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3
הטסה רפואית					

ה הצהרת המועמד לביטוח

1. א. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
 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 ויהו 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 וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן לא.
 ו. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.
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. **הסכמה לשימוש במידע**
 האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. כן לא
 6. **ויתור על סודיות רפואית:** אני/נו החתומים/ם מטה נותנים/ם 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 לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש** למסור להראל (להלן: "המבקש") לרבות כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, 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 אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.
 7. בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיק את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.

חתימת המועמדים לביטוח

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
	מבוטח ראשי		
	בן/בת זוג		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה
-------	------	--------	-------

י הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:
 אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/נו, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.
 תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי הגביה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

פרטי המועמד לביטוח		
שם פרטי	שם משפחה	מספר דרכון
פרטי המשלם		
מס' ת.ז.	שם בעל הכרטיס	
CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)	בתוקף עד	מס' כרטיס
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח		
מס' ימים	1-90	91-180
מס' תשלומים	1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
מיקוד	יישוב	רחוב ומספר
כתובת אימייל	Email	טלפון
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p>		
תאריך	שם בעל כרטיס האשראי	חתימת בעל כרטיס האשראי

