



הצעה לביטוח לתיירים בישראל "Tour and Care"

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

תקופת הביטוח המבוקשת	
מתאריך	עד תאריך

אני החתום מטה (להלן המועמד לביטוח) מבקש מ"הראל" חברה לביטוח בע"מ (להלן "המบทח") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
מסמכיו הפוליסוה ישלחו אליו למספר הטלפון הניד ולדו"ל הקיימים ברשות חברת הראל.
לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדו"ר ישראל אנא ציין את כן.....
(משלו' המסמכים יבוצע בהתאם לפתרים העדכניים המופיעים אצלנו ביום ועד המשלו'ח).
לידעתך, הנה יכול לשנות את בחירתך בכל עת בכל אחד מהאמצעים הבאים: דו"ר אלקטטרוני או שיחה טלפונית עם מוקד השירות של "הראל".

שם הוציאן:
טלפון:

אבא היל, 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211803, פקס: 03-7348083, מייל: fax7930@harel-ins.co.il

א פרטיו המועמדים לביטוח (עד גיל 80)

ב בחרת ספק

שירותים בריאות כללית מערכ פרטוי של הראל מכבי שירותי בריאות

הצהרת בריאות ג

הצהרת הבリアות שללהן, תחול לחוד על כל אחד מהباءים: המבוקש הראשי, בן/בת הזוג, וכל אחד מהילדים המבוקשים. יש לענות על השאלות שללהן בטור התשובה המתאימה. במידעה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעה המוצחרת, בסימן ✓ תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצבי העדכני.

1. הינה קבלת טיפול רפואי? האם עבור אחד או יותר מהמטופלים אחת ממטרות הגעה לישראל

במקרה שההתשובה לשאלת 1 חיובית, לא יוכל לקבעו לביטוח

חלק א': האם אובייחנה אצלך מחלת, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהនושאים המפורטים להלן:

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition.

לתשומת לבך - הפלישה הנ"ל אינה מכסה מצא קייפ.



^dt33533

הצהרת בריאות - המשך											
האם אובחנה אצלך מחלת, טיפולה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:			ילדי 3		ילדי 2		ילדי 1		בן/בת זוג		מבוגרים
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
5. כליזם:											
	<input type="checkbox"/> דליות בוירודי הרגליים <input type="checkbox"/> היצרות בעורקי הצוואר (קרוטיס)										
	<input type="checkbox"/> הפרעות קריישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> מחלה דם <input type="checkbox"/> DV (פקקית/טרומבוזה)										
	<input type="checkbox"/> PVD (מחלה כליזם היקפיים)										
6. חולוף חומרה:											
	<input type="checkbox"/> בלוטת המגן (בלוטת התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת הלימפה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק										
	<input type="checkbox"/> בלוטת הדיזעה <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> סכחת <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם										
	<input type="checkbox"/> שומנים גבויים/קולסטרול <input type="checkbox"/> מחלת/בעיית חילוף חומרים אחרת										
7. דרכי נשימה:											
	<input type="checkbox"/> אסתטמה <input type="checkbox"/> שחפת בעבר עם החמללה מלאה										
	<input type="checkbox"/> COPD (מחלה ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחת										
	<input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (פנאומוטורקס)										
	<input type="checkbox"/> סיסטייק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלת/בעיית דרכי נשימה אחרת										
8. מערכת העיכול:											
	<input type="checkbox"/> אולקים (כיב) קיבת/תרסוריון <input type="checkbox"/> צברת <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"/> מחלה/דלקות לבלב <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> כס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס מרה										
	<input type="checkbox"/> מחלת/בעיית מערכת העיכול אחרת?										
9. כבד:											
	<input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) C,D,B <input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) A <input type="checkbox"/> כבד שומי										
	<input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלת/בעיית כבד אחרה?										
10. בקע (הרניה):											
	<input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה ימנית <input type="checkbox"/> במפשעה שמאלית										
	<input type="checkbox"/> בקע בצלקת ניתוחית <input type="checkbox"/> בקע בדופן הבطن										
11. כליות ודרכי השתן:											
	<input type="checkbox"/> דלקות חזורות אבנים בכליות או בדרכי השתן <input type="checkbox"/> ציסות בכליות										
	<input type="checkbox"/> מומינים בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות										
	<input type="checkbox"/> מחלת/בעיית כליות ודרכי השתן אחרת										
12. פרקם ועצמות:											
	<input type="checkbox"/> דלקת פרקרים (ארטראיטיס) <input type="checkbox"/> גאות <input type="checkbox"/> גב/עמוד שדרה <input type="checkbox"/> ברכיים										
	<input type="checkbox"/> ירכיים <input type="checkbox"/> כתפיים <input type="checkbox"/> פרקרים <input type="checkbox"/> ירידה בציפורן העצם										
	<input type="checkbox"/> מחלת/בעיית פרקרים ועצמות אחרת										
13. עור ומין:											
	<input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פטוריוזיס <input type="checkbox"/> מחלות מין <input type="checkbox"/> עגבת (סיפיליס)										
	<input type="checkbox"/> מחלת/בעיית עור אחרה <input type="checkbox"/> מחלת מין אחרת										
14. גידולים ממאיירים / מחלות ממאיירות (سرطان) -											
	<input type="checkbox"/> אם כן - האם המחלת או הגידול פעילים ו/או אובייחנו ו/או טופלו בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן										
15. לנסים:											
	<input type="checkbox"/> ציסות או גידול שפיר בשדיהם <input type="checkbox"/> הגדלת חזה <input type="checkbox"/> שדים פיברוציטיים										
	<input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר ברחם <input type="checkbox"/> מיניות <input type="checkbox"/> אנדומטריזיס										
	<input type="checkbox"/> דימומים מהרחים <input type="checkbox"/> מחלות צואר הרחם (cin)										
	<input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בשחלות <input type="checkbox"/> שחולות פוליציטיות										
	<input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בחצוצרות <input type="checkbox"/> הפלות חזורות <input type="checkbox"/> הרין מוחץ לרחים										
	<input type="checkbox"/> האם עברת לידי בניתו קיסרי?										
	<input type="checkbox"/> האם הנך הריון?										
	<input type="checkbox"/> בעיה אחרת במערכת הגינקולוגית או בשדים?										
16. לברים:											
	<input type="checkbox"/> בעיות בערמותנית <input type="checkbox"/> וריקוללה <input type="checkbox"/> הידרוצללה <input type="checkbox"/> מחלת/בעית גברים אחרת										
17. מחלות נפשיות שאובייחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה:											
	<input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> מחלת נפש אחרת										
18. אף אוזן גרון:											
	<input type="checkbox"/> תסמנות דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס										
	<input type="checkbox"/> דלקות גרון חזורות <input type="checkbox"/> בילות במיתרי הקול <input type="checkbox"/> שקד שלישי										
	<input type="checkbox"/> הגדלת קונכיות באף <input type="checkbox"/> נחרחות <input type="checkbox"/> סטיטית מוחיצה אף										
	<input type="checkbox"/> ליקוי שינה/חרשות <input type="checkbox"/> אקטוסטיק נירומה (נדול בתעלת השמע)										
	<input type="checkbox"/> קרע בעור התוף <input type="checkbox"/> טינטון <input type="checkbox"/> מחלת/בעית אף אוזן גרון אחרת										
19. אם אובייחנת כטובל מחלות:											

*השאלה מופנית להורה או לאפטורופס של מועמד לביטוח שהינו קטן או פסול דין בלבד.

פרק

למשותם לבך - הפליליה הנ"ל אינה מכסה מצב'ם.

אישור תנאי קבלה

לא יcosaה מקרה ביטוח הקשור ב:

חתימת המועמדים לביטוח

תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה
			
			
			
			
			

הרחבות וכרכי שירות תמורה דמי ביטוח נוספים

הכיסוי	מברשת ראשית	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	תקופת הביטוח	הכיסוי
נספח הטסה רפואי					כל תקופת הביטוח	
נספח ביטוח תأונות אישיות		X	X	X	כל תקופת הביטוח	כתחאה מותאונה בישראל בלבד
נספח ביטול חריג ספורט אטגרי					מ- / / - עד / / עד - מ-	
כתב שירות רפואי מלאה אישיש					כל תקופת הביטוח	מ- / / עד / / עד - מ-
כתב שירות ייעוץ רפואי מקוון בשיחות וידאו					כל תקופת הביטוח	מ- / / עד / / עד - מ-

1. א. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומגדל בע"מ ("הראל") אוספות מודיען לצורך צירוף למועדים, מתן שירותים, תפעול וניהול ח"י מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםים והילכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה. קיום הוראות הדין, להתחם ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את заявкתה של החברה ו_lsפוק שירות. המידע יועבר לשוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו בניהול ופעולת מוצרים ושירותים וכן לפקסים ולצדדים שלישים אחרים הרשאים לקלבו, בקשר למטרות אלו.

ב. פירוט נסף דין בנסיבות הפרטיות באחריו הראל הכללת גם את דרכי ההתקשרות עם פטונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדוייר ישיר בקישור XSVCB.XSVCB.harel-group.co.il/.
<https://www.harel-group.co.il/XSVCB>

ג. אני/אנו מצהירים/ים bahwa כי כל התשובות הן נכוןות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

ד. הרשות בידיה החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לדיעך זהה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת הביטוח בגין/ם לבון החברה והוא חלק בלתי נפרד ממנה.

ה. הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות ששליל, יחול גם על הילדים שמשותיהם נקבעים בהצעה וחתיותה/ם על המסמכים הינה גם בשםCAF שיפור. הנורם מוסמך/ם להחותם על מסמכים אלו עבורם? לא.

ו. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לפחות תיאור עיקרי הכספי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגובלות אחרות עיקריים ואודות אפשרות לקלבל פרטיהם מלאים עלייהן.

לידיעתך:

2. מצב רפואי קודם: מקרה רפואי מוגדר כהו הוא מחלת הגוף של המהלך הרגל של רפואי קודם, אשר אירע במהלך התקופה שבה חל הסיג. סיג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מוגדר ממועד תחילת תקופת הביטוח הוא:
1. פחות מ-65 שנים - היה תקף לתקופה שלא תעלתה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 2. 65 שנים או יותר - היה תקף לתקופה שלא תעללה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
3. ביטוח רפואי זה כפוף לתקופת אכשורה של 48 שעות.
4. אני מודעת/ת לכך שזיהה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור קבלה בכתב לגבי המועמד לביטוח. בכל מקרה, תקופת הביטוח תחול ממועד האישור על ידי המבנתה, כאמור לעיל.
5. **שליחת דבר פרסום:**

א. הודעה על קבלת דבר פרסום של החברה:

הפרטים שמסרת יישמשו לצורכי משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-ins.co.il/t/QMUYBS>; במספר *; קוד QR:

**ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:**

- בוגוסף על פרסום משלוח שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכל החברות בקבוצת הראל, שותפותה העסקים וצדדים שלישים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.
- *קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה.
- תשומת ליבך, אי-אפשר לאיחס כמפורט לעיל פורטת פרסום מהחברה (IFORMITY בע"מ) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרות לךזר ברק מהסכםך בכל עת.
6. יותר על סודיות רפואי: אני/נו החתום/ים מטה נotent/ים זהה רשות לקובת חולים ו/או למושדות רפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח באמצעות דואר אלקטרוני, למעט מודד וגורם אחר, ככל שהדבר נדרש ליבורר ויישוב תביעות על פי הפלישה, ו/או לצורך הליך בבחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") לרבות כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יציאה מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מנת בראות/נו על כל מחלוקת שחלית/נו בה בעבר ו/או שאנו/נו חולה/ים בה בעת ו/או שאחלה בה בעבר ואנו/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואיים ומומר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לנו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב ויתור זה מחיב/נו, את עצובנו/נו ובאי-כוח/נו והחוקים וכל מי שיobao במקומו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילי/נו הקטינום.
7. בהצראפטוך לפוליסזה זו הנורם מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסזה להגיש ולקלבל בשמר/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהlixir הかつפות לפוליסזה.

חתימת המועמדים לביטוח

שם מלא	תאריך	(סוכן הביטוח)
		מבוטח ראשי
		בן/ת זוג
		ילד מעלה גיל 18
		ילד מעלה גיל 18
		ילד מעלה גיל 18

עד לחתימה

חתימה הסוכן (סעיף חממה לחתימת הסוכן)
הצהרת הסוכן עלמידה בהוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה ללקוח המפקח בטופס ה壮大ות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוסיף כיסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/ם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהוות הנדרש.

תאריך: חתימת הסוכן: שם הסוכן:

פרטי המועמד לביטוח

חתימת רעל כרוניס האשראי

עמ' 10 מתוך 10 | רשות רגולציה האנרגיה

מאריך

מידע נוסף אודות הפרטיות של הגופים המומדים בקובצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.



^dt33543