

תקופת הביטוח המבוקשת			
מתאריך		עד תאריך	

מהדורה 06/2025

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 ולדוא"ל הקיימים ברשות חברת הראל. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן.....
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).
לידיעתך, הנך יכול לשנות את בחירתך בכל עת בכל אחד מהאמצעים הבאים: דואר אלקטרוני או שיחה טלפונית עם מוקד השירות של "הראל".

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 80)

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 <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 שהותך בישראל	רחוב	מספר בית	מספר דירה	ישוב
שם המשפחה בה אתה מתארח				
טלפון נייד				
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים				

ב בחירת ספק

<input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית	<input type="checkbox"/> מערך פרטי של הראל	<input type="checkbox"/> מכבי שירותי בריאות
--	--	---

ג הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבטח הראשי, 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.

1.	האם עבור אחד או יותר מהמבטוחים אחת ממטרות ההגעה לישראל הינה קבלת טיפול רפואי?	מבטוח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח											
חלק א': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
1.	<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"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> סחרחורות חוזרות <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> התעלפויות <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> אלצהיימר* <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"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> בעיה אחרת במערכת העצבים - יש להעביר תעודה רפואית מפורטת	מבטוח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
2.	<input type="checkbox"/> איידס או נשאות HIV <input type="checkbox"/> זאבת (לופוס)										
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
3.	עיניים וראייה: <input type="checkbox"/> קטרקט <input type="checkbox"/> בעיות רשתית <input type="checkbox"/> בעיות קרנית <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> דלקות עיניים <input type="checkbox"/> פזילה <input type="checkbox"/> עיוורון <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית עיניים אחרת										
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
4.	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 או ניתוח מעקפים <input type="checkbox"/> מחלות מסתמים <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית לב אחר										
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

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

חלק א': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:									
מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
5. כלי דם:									
<input type="checkbox"/> דליות בוורידים הרגליים <input type="checkbox"/> היצרות בעורקי הצוואר (קרוטיס) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT (פקקת/טרומבוזת) <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)									
6. 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 יתרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית חילוף חומרים אחרת									
7. דרכי נשימה:									
<input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת בעבר עם החמלה מלאה <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									
8. מערכת העיכול:									
<input type="checkbox"/> אולקוס (כיב) קיבה/תרסריון <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"/> ושת <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס מרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מערכת העיכול אחרת?									
9. כבד:									
<input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) B,C,D <input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) A <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כבד אחרת									
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 הבטן									
11. כליות ודרכי השתן:									
<input type="checkbox"/> דלקות חוזרות אבנים בכליות או בדרכי שתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> מומים בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כליות ודרכי השתן אחרת									
12. מפרקים ועצמות:									
<input type="checkbox"/> דלקת מפרקים (ארטריטיס) <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב/עמוד שדרה <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> ירכיים <input type="checkbox"/> כתפיים <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מפרקים ועצמות אחרת									
13. 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 (סיפיליס) <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית עור אחרת <input type="checkbox"/> מחלת מין אחרת									
14. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) -									
אם כן - האם המחלה או הגידול פעילים ו/או אובחנו ו/או טופלו בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן									
15. לנשים:									
<input type="checkbox"/> ציסטות או גידול שפיר בשדיים <input type="checkbox"/> הגדלת חזה <input type="checkbox"/> שדיים פיברוציסטיים <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר ברחם <input type="checkbox"/> מיומות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> דימומים מהרחם <input type="checkbox"/> מחלות צוואר הרחם (cin) <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בשחלות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בחצוצרות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> הריון מחוץ לרחם <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? <input type="checkbox"/> האם הנך הריון? <input type="checkbox"/> בעיה אחרת במערכת הגניקולוגית או בשדיים?									
16. לגברים:									
<input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> וריקוצלה <input type="checkbox"/> הידרוצלה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית גברים אחרת									
17. מחלות נפשיות שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה:									
<input type="checkbox"/> דכאון <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> מחלת נפש אחרת									
18. אף אוזן גרון:									
<input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> דלקות גרון חוזרות <input type="checkbox"/> יבלות במיתרי הקול <input type="checkbox"/> שקד שלישי <input type="checkbox"/> הגדלת קונוכיות באף <input type="checkbox"/> נחירות <input type="checkbox"/> סטיית מחיצת אף <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה/חרשות <input type="checkbox"/> אקוסטיק ניוורמה (גידול בתעלת השמע) <input type="checkbox"/> קרע בעור התוף <input type="checkbox"/> טינטון <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית אף אוזן גרון אחרת									
19. האם אובחנת כסובל מאלרגיות									

*השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

פרט:

חלק ב': שאלות כלליות										
מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										20. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים? אם כן - <input type="checkbox"/> חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס <input type="checkbox"/> סם אחר
										21. האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום?
										22. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, TC, IRM, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, קולפוסקופיה)
										23. אם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח/השתלה בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:
										24. האם אושפזת ב-3 שנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:
										25. האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:

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.

ד אישור תנאי קבלה

אני מסכים/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור ב:

חתימת המועמדים לביטוח				
תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה	
				מבוטח ראשי
				בן/ת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

ה הרחבות וכתבי שירות תמורת דמי ביטוח נוספים

הכיסוי	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3	תקופת הביטוח
נספח הטסה רפואית						כל תקופת הביטוח
נספח ביטוח תאונות אישיות כתוצאה מתאונה בישראל בלבד			X	X	X	כל תקופת הביטוח
נספח ביטוח חריג ספורט אתגרי						מ- / / עד - / / מ- / / עד - / / מ- / / עד - / / מ- / / עד - / /
כתב שירות רופא מלווה אישי						כל תקופת הביטוח
כתב שירות ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו						כל תקופת הביטוח

1. א. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- ב. אסור/אנו מצהירים/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 יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/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, כוללת הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתומת/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנ/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? ☐ כן ☐ לא.
- ו. הני 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/ת לכך שחוזה 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. **שליחת דבר פרסומת:**
- א. **הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:**

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: harel-ins.co.il; unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

- ☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.
- *קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.
- תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.**
6. **ויתור על סודיות רפואית:** אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/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 לביטוח ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח 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 משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטנים.
 7. בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמך 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 דרכון	חתימה
	מבוטח ראשי		
	בן/ת זוג		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		
עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה

2 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 עמדת 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 התואמת/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									
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. לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.									
<div>תאריך</div> <div>שם בעל כרטיס האשראי</div> <div>חתימת בעל כרטיס האשראי</div>									