

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
מהדורת 12/2024

שם הסוכן: .....

מס' הסוכן: .....

למשלוח הטופס לחטיבת בריאות פרט חו"ל -  
בדוא"ל: fax7922@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348082.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בטופס זה. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.  
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד ובדוא"ל הקיים ברשות חברת הראל.

א פרטי הנסיעה	
מ- / / -עד / /	
יעד הנסיעה:	
<input type="checkbox"/> איורפה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> אוסטרליה <input type="checkbox"/> מרכז ודרום אמריקה <input type="checkbox"/> קנדה <input type="checkbox"/> אפריקה <input type="checkbox"/> אנטארטיקה	
<input type="checkbox"/> ארה"ב (מ- / / -עד / /)	
נא פרט את המדינות בהן בכוונתך לבקר:	
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית למימוש כיסוי ברות ביטוח הינה 30 יום.*	
תקופה מרבית לפוליסה	גיל המבוטח
30 יום	0-95
לתשומת ליבך:	
1. תנאי לרכישת הפוליסה היא הימצאות המבוטח בארץ. רכישת הפוליסה באמצעות מילוי הטופס מהווה הצהרה כי הינך מצוי בארץ בעת הרכישה.	
2. כיסוי ברות ביטוח נסיעות לחו"ל פרימיום מקנה לך זכאות לרכישה של עד 30 ימי ביטוח נסיעות לחו"ל במצטבר לכל שנת ביטוח הבריאות היסודי שלך. רכישת הארכה עבור תקופה נוספת מעבר ל-30 ימים כאמור, הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.	
3. *החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: <a href="http://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx">www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx</a>	

ב הנני מבקש לבטח אותי			
כתובת רח'	מס'	ישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	

ג פרטי המועמד לביטוח					
הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הנני מצהיר כי אני תושב ישראל <input type="checkbox"/> כן					
מבוטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית	תאריך לידה
מבוטח ראשי	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				

ד הצהרת בריאות (יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה)		
מבוטח ראשי	כן	לא
השאלה מיועדת לרכישת הרחבה להריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להריון (כולל)		
1. האם הנך בהריון?		
1.1. מה שבוע ההריון הנוכחי?		
1.2. האם ההריון מוגדר כהריון בסיכון ו/או מרובה עוברים, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל? במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.		
■ אם הנך בהריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להריון.		
■ אם הנך בת 42, או אם ימלאו לך 42 לפני תום תקופת הביטוח, או שתהיי בשבוע 32 לפני תום תקופת הביטוח, לא ניתן לרכוש את ההרחבה להריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח.		

שם התוכנית		מבוטח ראשי	תקופת הביטוח
ביטוח רפואי פוליסה בסיסית		✓	כל תקופת הביטוח
רובד הבסיס	חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. הכיסוי בגין איתור וחילוץ יחול במדינות שבהן ניתן להפעיל כיסוי זה, בהתאם למפורט ב"תנאי הפוליסה". (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
	חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס, ניתן כהטבה ללא עלות	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
הרחבות ללא תוספת תשלום			
החמרה של מצב רפואי קודם		✓	כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל למעט אם הינך בהריון.
הרחבות בתוספת תשלום			
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)			כל תקופת הביטוח
כיסוי מיוחד לפריט יקר ערך מהרשימה עד \$2,000 *בתנאי שנרכשה הרחבה לכבודה וכן נרכשה הרחבה נוספת לפריט יקר ערך והפריט יקר הערך צוין במפורש בדף הרשימה שבפוליסה. אנא סמן את הפריטים: מצלמה, רחפן, תשמישי קדושה, עגלת תינוק, גלשן, כסא גלגלים, קלנועית, כלי נגינה.			כל תקופת הביטוח
ביטול/קיצור נסיעה - החזר לביטול/קיצור הנסיעה בעקבות ארוע רפואי או צו 8. בנוסף, החזר עבור שינוי תוכנית הנסיעה (לדוגמה החזר על כרטיסים, מלונות וכדומה במקרה של אישפוז מעל יומיים).			כל תקופת הביטוח
ביטול וקיצור נסיעה מורחב - החזרים מקסימליים גבוהים יותר מהכיסוי הבסיסי. (לדוגמה, במקרה של ביטול נסיעה - החזר של עד \$10,000 לעומת \$5,000 בכיסוי הבסיסי).			כל תקופת הביטוח
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים			הרחבה להריון שנרכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, תהיה בתוקף עד שבוע 32 (כולל) להריון או עד גיל 42, המוקדם מביניהם, לרבות במקרה של הארכת הפוליסה או רכישת הרחבה להריון בתוך התקופה המרבית כהגדרתה בפוליסה.
ספורט אתגרי חובבני (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			מ- / / עד- / /
ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			מ- / / עד- / /
ספורט מקצועני (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			מ- / / עד- / /
תאונות אישיות בנוסף לביטוח הרפואי הבסיסי שכלול בפוליסה שלך, ההרחבה הזו מקנה פיצוי בגין מוות/נכות/כוויות/שברים/אשפוז כתוצאה מתאונה בחו"ל.			כל תקופת הביטוח
הרחבת הכיסוי לתאונות אישיות שעלולות להתרחש במסגרת פעילות ספורט אתגרי (חובבני) בחו"ל (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון).			כל תקופת הביטוח
מחשב אישי נישא/טאבלט עד \$2,000 דגם .....			כל תקופת הביטוח
טלפון נייד עד \$750 דגם .....			כל תקופת הביטוח
אופניים דו גלגלים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אנא סמן גבול אחריות מבוקש: \$6,000 <input type="checkbox"/> \$4,500 <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> דגם ..... תאריך רכישת האופניים ..... ערך האופניים ב-ש .....			כל תקופת הביטוח
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) תשלום פעם אחת עבור הרחבה זו הינו עבור כל המבוטחים הנקובים בפוליסה שהינם מעיל גיל 24. עד \$1,500 <input type="checkbox"/> עד \$6,000 <input type="checkbox"/>			מ- / / עד- / /

## I מידע למועמד לביטוח

- לתשומת ליבך, החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: [www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx](http://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx).
- הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים ("הרחבה להחמרה") - התקופה המרבית להרחבה להחמרה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.
- פוליסת הביטוח אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות מכל הקשור ו/או הנובע מהיריון, לרבות היריון שנודע לאחר ההצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבוטחת לא עדכנה את המבטח לגבי, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון.
- אם בחרת להסיר את הכיסוי לאיתור וחילוץ בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
- אם בחרת להסיר את הכיסוי לחבות כלפי צד ג' בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
- ככל שביקשת לרכוש כיסויים נוספים לפוליסת הבסיס, באפשרותך לבטל כל אחד מהכיסויים בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחד או יותר מהכיסויים האחרים שרכשת יחד עם פוליסת הבסיס, ומבלי שביטול הכיסוי יגרום לביטולה של הנחה בפוליסת הבסיס או בכיסוי אחר. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר כיסויים שונים, אשר תומחרו מראש יחד. במקרה של ביטול פוליסת הבסיס, יבוטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.
- התנאים המלאים והמחייבים מפורטים בתנאי הפוליסה. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים במופיעים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח.

- הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
- אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
  - אף שאני חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו/ואו מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
  - אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
  - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
    - האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה), ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת 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.
 

☐ לא
 ☐ כן
    - הריני להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
 אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.
 מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
    - ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:
 רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך לפוליסה.
 לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
 שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.
    - הריני מאשר שנמסר לי מידע מהותי אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי כיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.
    - הריני מאשר שבמסגרת תהליך הצירוף לפוליסה וכחלק מהליך החיתום, ייתכן ותידרש על ידי החברה לרכוש בעלות נוספת הרחבה לכיסוי הריון, וזאת כתנאי לקבלת הביטוח.
    - 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.

תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
<div>מבטח ראשי</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			<div></div>

אישור סוכן הביטוח:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

## 3 הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף ביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדת בי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף ביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/והם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_

## 4 תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי גביה: בהתאם להסדר של המבטח/המשלם עם חברת האשראי

שם בעל כרטיס האשראי	מספר ת.ז.	מספר תשלומים
מס' כרטיס	בתוקף עד	CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)
רחוב	מס'	יישוב
מיקוד	טלפון נייד	

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. החיוב יהיה בש"ח לפי שער הדולר היציג ביום בו ישלח החיוב לחברת האשראי. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לתשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כתלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.
- ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק/המשלם החרגי, עלויות התפעול ו/או ניסיונות הגביה ו/או אחרות לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל וקיימות, יושטו על המבטח/הגורם המשלם בפוליסה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

