

שם הסוכן: שלומי שטייה

מס' הסוכן: 55550

למשלוח הטופס - בדוא"ל: Info@insurance-online.co.il
או בפקס: 072-2446427
טלפון 03-6151608

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי הנסיעה

מ- / / -עד / /		
יעד הנסיעה: <input type="checkbox"/> ארה"ב (מ- / / -עד / /)		
<input type="checkbox"/> אירופה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> אוסטרליה <input type="checkbox"/> מרכז ודרום אמריקה <input type="checkbox"/> קנדה <input type="checkbox"/> אפריקה		
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה		
תקופה מירבית		גיל המבוטח
החמרה	פוליסה בסיסית	
90 יום	365 יום	0-60
90 יום	90 יום	61-70
45 יום	45 יום	71-85
15 יום	15 יום	86-90
10 יום	10 יום	91-95

ב הנני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה

כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	
Email		@	

ג פרטי המועמדים לביטוח

הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הנני מצהיר כי המבוטחים הם תושבי ישראל כן

מבוטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מבוטח ראשי	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
בן/ת זוג	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 1	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 2	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 3	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 4	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				

ד הצהרת בריאות (יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה)

לתשומת לבך, הפוליסה אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות ממצב רפואי קודם, אלא אם המבוטח רכש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילדה 1		ילדה 2		ילדה 3		ילדה 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם מטרת הנסיעה או אחת ממטרותיה - קבלת טיפול רפואי? במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח.											
2. האם אובחנה אצלך בעיה רפואית שבשלה היית בששת החודשים האחרונים, או נמצא כיום, או צפוי/הומלץ לך עד מועד צאתך לחו"ל על אחד או יותר מהבאים: (א) טיפול (תרופתי או אחר); (ב) השגחה (שאינה כחלק מבדיקות שגרתיות); (ג) אשפוז אם ענית בחיוב על שאלה 2, מומלץ לך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
3. האם במהלך ששת החודשים האחרונים הופנית לבדיקת קולונוסקופיה (שלא כחלק מבדיקות השגחה), CT או MRI לצורך ברור או אבחנה רפואית? אם ענית בחיוב על שאלה 3 מומלץ לך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
4. האם הנך מועמד לאחת מהפעולות הבאות: (א) ניתוח (למעט כירורגיה פלסטית, עור, גניקולוגיה וא.א.ג.); (ב) השתלה; (ג) עירוי דם; (ד) טיפולים במרפאות כאב; (ה) טיפולים אונקולוגיים במקרה שהתשובה חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.											
הרחבה להיריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להיריון (כולל)											
5. האם הנך בהיריון?											
5.1 מה שבוע ההיריון הנוכחי?											
5.2 האם ההיריון מוגדר כהריון בסיכון, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל? במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהיריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.											
<ul style="list-style-type: none"> ■ אם הנך בהיריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להיריון. ■ 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 להיריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח. 											

שם התוכנית							מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3	ילד/ה 4	תקופת הביטוח
ביטוח רפואי פוליסה בסיסית							<input checked="" type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח					
<p>חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן). הכיסוי לאיתור וחילוץ, ככל שנרכש במסגרת הפוליסה, לא יחול בארצות שלהלן: אחת ממדינות ערב, אפגניסטן, מאוריטניה, מלזיה, ניז'ר, סומליה, סודאן, פקיסטן, צ'אד, קוריאה הצפונית, רוסיה-צ'צ'ניה, רפובליקת מרכז אפריקה, תימן. מדינה שאינה מקיימת יחסים דיפלומטיים עם ישראל לרבות נציגות דיפלומטית, ושטחים בשליטה או ניהול של הרשות הפלסטינית או שטחים מוחזקים על ידי גורמי טרור.</p>							<input type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח					
<p>חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).</p>							<input type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח					
הרחבות													
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)													כל תקופת הביטוח
ביטול וקיצור נסיעה													כל תקופת הביטוח
החמרה של מצב רפואי קודם													כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל, לרבות במקרה של הארכה הפוליסה או רכישת הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים בתוך התקופה המרבית בפוליסה.
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים													ככל שההיריון יוגדר כהריון בסיכון, לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהריון.
<p>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 להגדרתה בפוליסה.</p>													כל תקופת הביטוח
מוות או אובדן איברים עקב אירוע תאונתי למבוטח (עד גיל 70)													כל תקופת הביטוח
ספורט אתגרי													מ- / / - עד- / / -
(לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)													
ספורט חורף													מ- / / - עד- / / -
(לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)													
מחשב אישי נישא/טאבלט													כל תקופת הביטוח
דגם													
טלפון נייד													כל תקופת הביטוח
דגם													
אופניים דו גלגליים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אנא סמן גבול אחריות מבוקש:													כל תקופת הביטוח
<p>\$2500 <input type="checkbox"/> \$4500 <input type="checkbox"/> \$6500 <input type="checkbox"/></p>													
דגם													
תאריך רכישת האופניים													
ערך האופניים ב-ש													
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75)													כל תקופת הביטוח
רכישת כיסוי זה הינה למבוטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבוטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.													מ- / / - עד- / / -

חובד הבסיס

מס' ת.ד. 19856/3436 b 10/2017

1. התקופה המרבית להרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים עבור מבטוחים עד גיל 60 הינה 90 ימים ("הרחבה להחמרה"). לכן, הרחבה להחמרה שנרכשה תהיה בתוקף עד לתקופה המרבית כאמור, לרבות במקרה של הארכה הפוליסה או רכישת הרחבה להחמרה בתוך התקופה המרבית בפוליסה. אם במועד ביצוע הארכה חלפה התקופה המרבית של ההרחבה להחמרה בתקופה הארכה של הפוליסה.
2. פוליסת הביטוח אינה מכסה הצאות רפואיות בחו"ל שנובעות מכל הקשור ו/או הנובע מהיריון, לרבות היריון שנודע לאחר ההצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבטוחת לא עדכנה את המבטח לגבי, אלא אם המבטוחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון.
3. אם בחרת להסיר את הכיסוי לאיתור וחילוץ בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
4. אם בחרת להסיר את הכיסוי לחבות כלפי צד ג' בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
5. 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, יבטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.

2 הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - א. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - ב. אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הנכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני 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.
 2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
 - א. האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיכם, 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 לידיעתכם מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותכם, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. לא כן
 - ב. הרינו 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, 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 או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, 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.

תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
מבטח ראשי			
בן/בת הזוג			
ילד/ה מעל גיל 18			
ילד/ה מעל גיל 18			
ילד/ה מעל גיל 18			
ילד/ה מעל גיל 18			

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: שם: ת"ז מס' רישיון:

חתימה:

10/2017 b6343/19856 תודו הראל

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

אני הח"מ, נותן להראל בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל- \$..... לפי שער הדולר היציג ביום בו יחוייב חשבוני בבנק. החיוב יהיה ב..... תשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליס/ות הביטוח.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

לידיעתך ביטוח זה ייכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושר על ידו ו/או ע"י אישור פרטני של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם.

התחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותך, תקף.

בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.

תאריך:..... חתימת בעל הכרטיס: 