

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

א הגני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה

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

ב פרטי המועמדים לביטוח

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

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

ג תכנית בסיס מבוקשת (סמן ב-✓)

מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילדים 1	ילדים 2	ילדים 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
דרכון FIRST				
דרכון ALL IN ONE				
דרכון פלטיניום				
דרכון BASIC				

ד הרחבות

תקופת הביטוח	מבוטחים					הרחבות (סמן ב-✓)
	ילדים 3	ילדים 2	ילדים 1	בן/בת זוג	מבטח ראשי	
הרחבות המתאימות לתוכנית בסיס דרכון FIRST CLASS						
כל תקופת הביטוח						כבודה (מטען אישי נלווה)
כל תקופת הביטוח						החמרה של מחלה קיימת, החמרה של מחלת לב קיימת מעל 6 חודשים, החמרה של מחלה ממאירה מעל 6 חודשים
כל תקופת הביטוח						תוספת רפואית - החמרה למחלת לב קיימת / מחלה ממאירה 3-6 חודשים
כל תקופת הביטוח						לספורט אתגרי
כל תקופת הביטוח						היריון עד שבוע 32 להיריון
כל תקופת הביטוח						חיפוש איתור וחילוץ
כל תקופת הביטוח						טלפון סלולרי
הרחבות המתאימות לתוכנית בסיס דרכון ALL IN ONE, FIRST CLASS						
כל תקופת הביטוח						אופניים: \$2500 □ \$4500 □ \$6500
כל תקופת הביטוח						מחשב אישי נישא
מ- / / -עד- / /						ספורט חורף
הרחבות המתאימות לתוכנית בסיס דרכון פלטיניום						
כל תקופת הביטוח						החמרה של מחלה קיימת
כל תקופת הביטוח						טלפון סלולרי
כל תקופת הביטוח						הוספת בן/בת זוג + 2 ילדים עד גיל 18
הרחבות המתאימות לתוכנית בסיס דרכון BASIC						
כל תקופת הביטוח						כבודה (מטען אישי נלווה) לכל התקופה
כתב שירות						
						רופאי בחו"ל

ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת בנוסף לתכנית הבסיס גם תכנית ביטוח נוספת/הרחבה (להלן: "תכנית נוספות") אחת או יותר, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות הנוספות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות הנוספות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית או בביטול של תכנית הבסיס, ומבלי שביטולה של התכנית הנוספת יגרם לביטולה של הנחה באחת התכניות שרכשת על אף האמור לעיל, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולן של התכניות הנוספות.



06343/12520 הראל ויטוח

לידיעתך:

- א. הפוליסה אינה מכסה אירוע הקשור בטיפול במחלה לרבות טיפול רפואי ו/או השגחה הנובע ממחלה קיימת אצל המבוטח בעת צאתו לחו"ל או במהלך 6 חודשים שקדמו לצאתו לחו"ל, אולם אם המבוטח רכש פוליסה הכוללת כיסוי להחמרה או אם רכש פוליסה הכוללת הרחבה להחמרה של מחלה קיימת ו/או מחלת לב קיימת ו/או מחלה ממאירה קיימת, והרחבה זו נרשמה ע"ג הפוליסה, ישא המבטח בהוצאות רפואיות בגין החמרה במצב רפואי קיים בהגבלות שלהלן:
 1. במסגרת החמרה של "מחלה קיימת" לא יכוסו מחלת הכשל החיסוני (AIDS), השתלת איברים, דיאליזה, דימיאליזציה כולל טרשת נפוצה, סיסטיק פיברוזיס (C.F), מחלת לב, מחלה ממאירה (סרטן לסוגיו), המופיליה, כל מחלה הדרושת טיפול בעירוי דם.
- למען הסר ספק, ככל שרכשת במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בהראל כיסוי "ברות ביטוח נסיעות לחו"ל", באפשרותך לרכוש אצל החברה ביטוח "דרכון פרימיום" הכוללת כיסוי מורחב ומיוחד להחמרה של מחלה קיימת וללא צורך בהוכחת מצב רפואי.**
 2. במסגרת של "מחלת לב קיימת" - יכוסו ההליכים הקשורים בלב אם אירעו בחו"ל בסמיכות מידית לאירוע לב חריף ואקוטי, כמפורט להלן:
 - דרכון פלטיניום - בתנאי שחלפו לפחות 6 חודשים מהיום בו עבר המבוטח אירוע לב, כהגדרתו בפוליסה, ועד צאתו לחו"ל.
 - בדרכון FIRST CLASS - בתנאי שחלפו לפחות 3 חודשים מהיום בו עבר המבוטח אירוע לב, כהגדרתו בפוליסה, ועד צאתו לחו"ל.
 3. במסגרת החמרה של "מחלה ממאירה קיימת" בדרכון FIRST CLASS - יכוסו ההליכים הקשורים במחלה הממאירה ואשר היו הכרחיים לביצוע בחו"ל כטיפול חירום, בתנאי שחלפו לפחות 3 חודשים מהיום בו, בגין מחלה זו, המבוטח אושפז ו/או עבר הליך כירורגי ו/או הליך פולשני ו/או טיפול רפואי כלשהו, ועד צאתו לחו"ל.
 4. **ALL IN ONE** - הפוליסה כוללת כיסוי בגין המחלות הבאות: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה ואלרגיה (למעט טיפול שוטף). מובהר בזאת כי הכיסוי לא יחול לגבי מחלות קיימות אחרות שלא צוינו בסעיף זה.
 5. סכום הביטוח המרבי להחמרה, יהיה כמפורט בפוליסה או בנספח גבולות האחריות, לכל מקרה של החמרה של מחלה קיימת ו/או מחלת לב קיימת ו/או מחלה ממאירה קיימת כהגדרתן בפוליסה, בכפוף למצבו הרפואי של המבוטח בעת צאתו לחו"ל.
 6. **למען הסר ספק, בדרכון FIRST CLASS** - הכיסוי להחמרה של מחלת לב קיימת למבוטח שחלפו 6 חודשים מהיום בו עבר אירוע לב, כהגדרתו בפוליסה ועד צאתו לחו"ל, ו/או החמרה של מחלה ממאירה למבוטח שחלפו לפחות 6 חודשים מהיום בו, בגין מחלה זו, אושפז ו/או עבר הליך כירורגי ו/או הליך פולשני ו/או טיפול רפואי כלשהו ועד צאתו לחו"ל - כלול בהרחבה לכיסוי החמרה של מחלה קיימת ואין צורך לרכוש הרחבה בנוסף לה.
- ב. למען הסר ספק מובהר בזאת כי בכל מקרה, עפ"י סעיף א' לעיל ותת סעיפיו, לא יהיה כיסוי למקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע ממחלה או לקוי בריאותי אחר שבגינו/ם היה ידוע למבוטח, לפני צאתו לחו"ל, על צורך באשפוז ו/או על צורך בקבלת טיפול רפואי כלשהו (למעט טיפול תרופתי), בין אם בארץ ובין אם בחו"ל.
 - ג. תשלום תביעה בגין הוצאות רפואיות בעת אשפוז ו/או הוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז, מותנה בחתימת המבוטח (על פי דרישת המבטח) על טופס ויתור על סודיות רפואית.
 - ד. פוליסה שהוצאה לאחר צאת המבוטח לחו"ל, לא תהא תקפה אלא אם התקבל מהמבטח אישור בכתב.
 - ה. אם מטרת נסיעה זו או אחת ממטרותיה, קבלת טיפול רפואי בחו"ל - הפוליסה בטלה מעיקרה.
 - ו. **פוליסה הכוללת כיסוי לאיתור וחילוץ** - לפחות אחת ל-30 יום על המבוטח להיות בקשר עם מוקד הראל ו/או עם בן משפחה, ולדווח על מקום המצאו.
 - ז. האמור לעיל כפוף להגדרות, לתנאים, לסייגים ולחריגים בפוליסה. במידה וקיימת סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בפוליסה ו/או בנספחיה ו/או צרופותיה, יגברו הוראות הפוליסה, נספחיה או צרופותיה.
 - ח. במקרה של הארכה בנתק, לא יהיה בפוליסה כיסוי לכבודה.
 - ט. פוליסה זו תיכנס לתוקף בתנאי ששולמו דמי הביטוח בגינה.

ה הצהרת המבוטחים לביטוח

- א. **אני הח"מ** **מצהיר/ה** בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. עליך להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.
- ב. 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.
- ג. **מבוטח/ת נכבד/ה!** כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המפרט שישלחו אלייך אחרי הפקת הפוליסה ולהעיר את הערותייך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצא/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.
- ד. **המוטבים במקרה מוות הינם היורשים החוקיים אלא אם צוין אחרת.** המוטבים:

ת.ז. שם פרטי שם משפחה

ת.ז. שם פרטי שם משפחה

ת.ז. שם פרטי שם משפחה

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
			/
			/
			/
			/
			/
			/
עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה

(א) אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, 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 והפיננסיים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, 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.

שם המבוטח	חתימה
מבוטח ראשי	/
בן/בת הזוג	/
ילד מעל גיל 18	/
ילד מעל גיל 18	/
ילד מעל גיל 18	/
ילד מעל גיל 18	/

(ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך 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 אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il 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 פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

(ג) מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

ה הוראות לתשלום

שם בעל כרטיס האשראי	מספר ת.ז.	מספר תשלומים
מס' כרטיס	בתוקף עד	CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)
רחוב	מס'	יישוב
מיקוד		
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 פוליסות 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 עובדים זרים ותיירים ייכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והמעסיק 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: /