

מוקד נסיעות חו"ל 1-700-700-674
פקס – 03/6897621

הצעה לביטוח נסיעות חו"ל

מס' פוליסת עובדים זרים באיילון: _____

שם סוכן אריק רון מספר סוכן 322460

שם המבוטח ראשי: _____ ת.ז. _____ ת.לידה _____

כתובת: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ פקס: _____

תקופת ביטוח: מיום - עד יום -

(לתשומת לבך: יש לכלול את יום היציאה ואת יום החזרה)

אני המבוטח הרשום הראשי הרשום מעלה מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי הרשומים מטה בהתאם לכיסויים, התנאים, ההגבלות והסייגים המפורטים בפוליסה.

שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.	תאריך לידה מלא
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

יעד הנסיעה: ארה"ב \ קנדה יעד אחר: _____ (שם מדינה)

* הרחבה להטסה רפואית כן \ לא * הרחבה לסקי: כן \ לא
* הרחבה לכיסוי רעידות אדמה כן \ לא
* הרחבה למחשב נייד כן \ לא
* הרחבה למצלמה דיגיטלית כן \ לא
* הרחבה למסרבת וידאו כן \ לא
* הרחבה למטען כן \ לא
סקי: מתאריך _____ עד תאריך _____
* הרחבה להריון: (ביציאה עד שבוע 28) כן \ לא

אין צורך לרכוש הרחבה למחשב \ מצלמה \ מסרבת שערךם לא עולה על \$500, יש כיסוי בסיסי במסגרת הפוליסה עד \$500.
חשוב לציין שהרחבה מתבצעת רק בכפוף לחתימת המבוטח על הצהרה מתאימה.

שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז. של בעל הכרטיס: _____

כרטיס אשראי: _____ תוקף: _____

הצהרה :

אני המבוטח הראשי הר"מ מבקש בזאת לבטח אותי ואת הנלווים הרשומים מעלה כמפורט לעיל, בהתאם לכיסויים, התנאים וההגבלות והסייגים, המפורטים בנוסח הפוליסה. הצהרה זו מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

- לא ידוע לי על סיבה או צורך לאשפוז, טיפול רפואי ואו בדיקה רפואית לי ואו לנלווים אליי הרשומים מעלה, במשך השנה בחו"ל. כמו כן ידוע לי כי כל טיפול רפואי אשר היה אחת ממטרות הנסיעה לחו"ל אינו מכוסה ע"י ביטוח זה.
- קראתי את תנאי הביטוח וחריגיו הנוגעים למצב בריאותי וידוע לי כי אם מצב בריאותי אינו תקין היום או בעבר או שאני נוטל תרופות באופן קבוע, הרי עלי לרכוש כיסוי עם החמרה למחלה קיימת או למצב רפואי קיים.

3. שאלון רפואי :

מבוטח 1	מבוטח 2	מבוטח 3	מבוטח 4	מבוטח 5	
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	א. האם מצב בריאותך תקין ?
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ב. האם אתה נוטל תרופות ? אם כן לאיזה צורך ? (אם נוטל תרופות לעניין לב-האם נוטל קומדין ?)
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ג. האם אתה סובל או סבלת ממחלה או תופעה רפואית כלשהיא ?
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ד. האם במהלך 6 החודשים האחרונים היית במעקב או בבירור רפואי כלשהוא ? בדיקות כלשהן ?
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ה. האם היה אישפוז בשנה האחרונה ?
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ו. האם עברת ניתוח בעבר ?
כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	כן \ לא	ז. האם ידוע לך על צורך בניתוח עתידי \בדיקות עתידיות ? (אקג, רנטגן, סי.טי, מיפוי לב, ארגומטריה צינטור, בדיקות פולשניות וכדומה)

במידה וסומן "כן" באחת השאלות, יש לפרט :

4. הפרטים המפורטים בהצעה זו הנם אמת וכן אני מסכים כי הצהרתי זו תהווה בסיס לביטוח זה.

ויתור סודיות רפואית

אני החתום מטה המבוטח בפוליסה לביטוח נסיעות חו"ל, משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ואו לבא כוחה כל מסמך אשר יידרש על ידם אודות מחלה, מצב רפואי, טיפול שניתן לי או לבני משפחתי הנוסעים איתי או כל מידע אחר הנוגע למצבינו הרפואי.

תאריך: _____ חתימת המבוטח הראשי: _____

ידוע לי כי הפוליסה לא מכסה חולים ב:טרשת נפוצה, ציסטיק פיברוזיס, חולה איידס, מטופלי דיאליזה, חולים במחלת ריאות המצריכה שימוש בבלון חמצן, מיאסטניה גרביס, אדם הנוסע לטיפול רפואי.

חתימת הסוכן + חותמת סוכן הביטוח :