

1. 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 לפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 ב. אני/אנו מצהיר/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 ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/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, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחימתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן לא.

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/לך שחווה 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. **ויתור על סודיות רפואית** - אני/נו החתום/ים מטה נותן/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 לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, 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". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ה חתימת המועמד לביטוח

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

י תשלום באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המועמד לביטוח	
שם פרטי	שם משפחה
מספר דרכון	
פרטי המשלם	
מס' ת.ז.	שם בעל הכרטיס
CVW (3 ספרות בגב הכרטיס)	מס' כרטיס
בתוקף עד	/
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח	
מס' ימים	1-90
מס' תשלומים	1
רחוב ומספר	יישוב
מיקוד	
כתובת אימייל	Email
	טלפון
<p>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.</p> <p>הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p> <p>לידיעתך ביטוח תיירם 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 ויאשר 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.</p> <p>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.</p>	
תאריך	שם בעל כרטיס האשראי
	חתימת בעל כרטיס האשראי

טו"ד והראל 11474/9880