

אני החתום מטה (להלן המועמד לביטוח) מבקש מ"הראל" חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם וברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל אנא למלא את כתובת הדוא"ל בפרטים האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן. (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

תקופת הביטוח המבוקשת			
מתאריך	עד תאריך		

שם הסוכן: אריק רוזן
מס' הסוכן: 63187

להחזיר לפקס 03-6729025
חיל info@rozen-ins.co.il

לכבוד הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים

אנא מלא את הטופס באופן מדויק ונכון. הטופס אינו מהווה הצעה לביטוח.

א פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 75)					
מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	
					מספר דרכון
					שם פרטי
					שם משפחה
					תאריך לידה
					מין
					תאריך כניסה לישראל
					אזרחות
					מטרת הביקור
					כתובת
					טלפון נייד
					דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים

ב בחירת ספק
☐ מערך פרטי של הראל ☐ שירותי בריאות כללית

ג הצהרת בריאות									
הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. במידה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.									
חלק א': במהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:									
מבטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית, כגון: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה									
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:									
מבטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: ☐ מערכת העצבים ☐ אירוע מוחי ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים									
2 אי ספיקת כליות									
3 מערכת הנשימה: ☐ מחלת ריאות חסימתית כרונית (copd) ☐ סיסטיק פיברוזיס									
4 מחלה או גידול ממאיר (סרטן)									
5 מחלות של מערכת החיסון: ☐ איידס ו/או נשאות HIV ☐ זאבת (לופוס)									

פרט:

.....

.....

.....

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition. לתשומת לבך - הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מצב קיים.



1. א. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

ב. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הנן 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 ויהיו 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 וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? ☐ כן ☐ לא.

ו. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.

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 ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש** למסור להראל (להלן: "המבקש") לרבות כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, 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 ולא תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.

ה הסכמה לשימוש במידע

האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, 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 לידיעתנו 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.

☐ כן ☐ לא

י חתימת המועמד לביטוח

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
	מבוטח ראשי		
	בן/ת זוג		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		
	ילד מעל גיל 18		
עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה

ז הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה בררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/הם ביטוח התואם/ים לצרכיו/הם.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן:



תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי הגביה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

פרטי המועמד לביטוח									
שם פרטי			שם משפחה			מספר דרכון			
פרטי המשלם									
מס' ת.ז.			שם בעל הכרטיס						
CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)			בתוקף עד						
			מס' כרטיס						
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח									
מס' ימים			1-90			91-180			
מס' תשלומים			1			☐ 1 ☐ 2			
מיקוד			יישוב			רחוב ומספר			
כתובת אימייל			Email _____ @ _____						
טלפון									
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, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.									
תאריך			שם בעל כרטיס האשראי			חתימת בעל כרטיס האשראי /			

