

# Предложение по страхованию туристов в Израиле "Tour and Care"



א.רוזן סוכנות לביטוח

Данный бланк предназначен как для мужчин, так и для женщин.  
Пожалуйста, заполните данный бланк точно и полностью

Я, нижеподписавшийся (далее: "Кандидат на страхование"),  
прошу страховую компанию "Харель Лтд." (далее: "Страхователь")  
застраховать меня на основе всего сказанного в данном предложении.

Желаемый страховой период			
С числа		По число	

Документы, относящиеся к полису, будут отправлены на номер Вашего сотового телефона и на адрес эл. почты, находящийся в распоряжении компании "Харель". Если Вы хотите получать эти документы на адрес эл. почты, Вам нужно внести его в свои личные данные, и наоборот, если Вы хотите получать эти документы посредством почты Израиля, пожалуйста, укажите это ..... (отправка документов будет осуществляться в соответствии с уточненными данными, находящимися в нашем распоряжении на момент отправки).

Имя агента: אריק רוזן

Номер агента: 63187

להחזיר לפקס 03-6729025

חייל info@rozen-ins.co.il

**Кому:**  
страховой компании "Харель Лтд."  
Отдел страхования иностранных рабочих\туристов  
Аба Гилель 3, п\я 1951, Рамат-Ган 5211802, факс 03-7348083, эл.  
почта: fax7930@harel-ins.co.il

## А Личная информация кандидатов на страхование (до -75ти лет)

	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Имя					
Фамилия					
Дата рождения					
Пол	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский				
Дата прибытия в Израиль					
Гражданство					
Цель визита					
Адрес					
Мобильный телефон					
Эл. почта для получения сообщений, информации и почтовых сообщений	.....@.....				

## Б Выбор поставщика

Частная система компании "Харель"  Больничная касса "Клалит"

## В Декларация о состоянии здоровья

Декларация о состоянии здоровья, приведенная далее, будет распространяться по отдельности на всех следующих лиц: на главного застрахованный, его\ ее супруга\ супругу и на всех застрахованных детей. Нужно ответить на вопросы, приведенные далее, ставя значок ✓ в колонки с правильными ответами. В случае если ответ на один из вопросов будет положительным, нужно приложить обновленный документ, предоставленный лечащим врачом в отношении декларируемой проблемы, результатов анализов, методов лечения и существующего состояния.

Часть 1: в процессе разъяснения явления или болезни, который еще не закончился	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
1 Направляли ли Вас в течение двух последних лет и\ или проходите ли Вы в настоящее время следующие медицинские проверки и\или диагностирование, которое еще не окончены и в отношении которых не был получен окончательный диагноз, например: шунтирование, обследование сердца, эхокардиография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование (не в качестве части обычного наблюдения за беременностью), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия, гастроскопия.										

StudioHarel 0960/23181 10/2018



**В Декларация о состоянии здоровья**

Часть 2: были ли у Вас диагностированы болезни, явления, расстройства, связанные с одной или несколькими из тем, перечисленных далее: Да		Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
1	<b>Нервная система (неврология) и мозг:</b> <input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> инсульт <input type="checkbox"/> рассеянный склероз <input type="checkbox"/> мышечная дистрофия										
2	Почечная недостаточность										
3	<b>Дыхательная система:</b> <input type="checkbox"/> хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) <input type="checkbox"/> муковисцидоз										
4	Злокачественные заболевания или опухоли										
5	<b>Заболевания иммунной системы:</b> <input type="checkbox"/> СПИД и / или носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> волчанка										

Уточните: .....

.....

.....

К Вашему сведению – данный полис не покрывает уже существующие состояния.

**Г Декларация кандидата на страхование**

1. а. Информация, включенная в данный документ, является необходимой для Вашего присоединения к полисам, а также во всех иных аспектах, связанных с полисами и с работой с таковыми. Компания и другие компании группы "Харель" ("Харель – страховые инвестиции и финансовые услуги Лтд." и ее дочерние компании) и\ или кто-либо, действующий от их имени, будет использовать таковую, включая ее обработку, хранение и использование в любых вопросах, связанных с данным полисом и в других легитимных целях, несмотря на то, что данная информация будет передаваться третьим лицам, действующим от ее имени и по поручению компании "Харель".

б. Заявляю\ем, что все ответы являются верными, полными и предоставлены мной\ нами добровольно.

в. Ответы, указанные в данной декларации о состоянии здоровья и любая другая информация, предоставляемая Компании, а также условия, принятые у данной Компании, будут использоваться в качестве существенных условий данного страхового контракта, заключенного между Вами и страхователем, и будут представлять собой неотъемлемую часть такового.

г. Компания вправе принять решение о приеме или об отказе в приеме данного предложения. К Вашему сведению, страховой контракт начинает действовать только после того, как страхователь выдаст письменную справку о том, что застрахованный был принят в страховку,

д. Согласие и данная декларация, включая декларацию о состоянии здоровья, приведенную выше, будут распространяться и на детей, имена которых указаны в данном предложении, и Ваша подпись\ подписи на данных документах являются\ются и подписью\ями, сделанной\ыми от их имени, в качестве их законного опекуна. Имеете ли Вы право подписывать за них данные документы?  Да  Нет.

**К Вашему сведению:**

2. Предыдущее медицинское состояние: страховой случай, представляющий собой реальный фактор, являвшийся естественным в ходе предшествующего медицинского состояния, произошедший с застрахованным в период, на который распространяется ограничение. Ограничение имеет место в результате предшествующего медицинского состояния, в отношении застрахованного, возраст которого в начале страхового периода составляет:

1. Менее 65-ти лет – будет действителен в течение периода, который не превысит одного года с начала страхового периода.
2. 65 лет или более – будет действителен в течение периода, который не превысит полугода с начала страхового периода.
3. Данная медицинская страховка требует соблюдения квалификационного периода, продолжительность которого составляет 48 часов.
4. Мне известно, что данный страховой контракт войдет в силу только после того, как Компания предоставит письменное подтверждение относительно приема кандидата на страхование. В любом случае, страховой период начнется с того дня, когда будет получено подтверждение страхователя, как указано выше.
5. **Отказ от соблюдения врачебной тайны:** я\мы, нижеподписавшийся\иеся, даю\ем свое разрешение больничной кассе и\или медицинским учреждениям таковой и\или ЦАХАЛу, а также всем врачам и\или психиатрам, другим медицинским учреждениям и больницам, Институту национального страхования и\или Министерству обороны и\или любым страховым компаниям и\или любым другим учреждениям и\или лицам, если это требуется для разъяснения прав и обязанностей в соответствии с данным полисом и\или для процесса изучения возможности моего приема в желаемую страховку, передавать компании "Харель" любую информацию, включая находящуюся в распоряжении Компании, а также личные данные без исключений и таким образом, которым этого потребуют\ют проситель\и, относительно состояния моего \нашего здоровья и всех болезней, которыми я\мы болел\и в прошлом и\или болю\ем в настоящее время и\или тех, которыми я\ мы буду\ем болеть в будущем, и я\ мы освобождаю\ем вас от обязанности соблюдения врачебной тайны, и отказываю\емся от этой тайны в отношении "просителя". Данный отказ является обязывающим для меня\ нас, нашего\их наследника\ов и моих\ наших законных представителя\ей, а также всех, кто заменит меня\ нас. Данный отказ будет распространяться и на моих\ наших несовершеннолетних детей.



**Д** **Согласие на использование информации**

Согласны ли вы с тем, что кроме того, к чему обязывает закон или соглашение, информация, включенная в данный документ, а также дополнительная информация о нас, которая находится или будет находиться в распоряжении других компаний группы "Харель" ("Харель Ашкаот бэ-Битуах вэ-Шерутим Финансиим Лтд." и ее дочерних компаний), будет использоваться компаниями группы и/или кем-либо, действующим от имени таковых и во всех вопросах, связанных с другими товарами и услугами компаний, входящих в группу "Харель" (в сфере страхования, долгосрочных сбережений и финансов) и в торговле таковыми, включая и то, что позволит компаниям, как указано выше, доводить до нашего сведения информацию о товарах и услугах, а также использовать таковую дополнительными способами, сопутствующими указанным выше, и требующимися для завершения таковых, даже посредством передачи информации третьим лицам, действующим от имени и по поручению группы «Харель»

Да ..... Нет .....

**Е** **Подпись кандидата на страхование**

	Дата	Имя застрахованного	№ у. л.	Подпись
Главный застрахованный				
Супруг/а				
Ребенок старше 18-ти лет				
Ребенок старше 18-ти лет				
Ребенок старше 18-ти лет				
Свидетель подписания (страховой агент)	Дата	у. л.	Полное имя	Подпись

**Ё** **заявление агента (этот пункт должен обязательно быть подписан агентом)****Заявление агента для выяснения потребностей кандидата и предложение, соответствующее его потребностям:**

Я подтверждаю, что в рамках процесса продажи я интересовался потребностями кандидата\ов на включение в страховку в соответствии с указаниями циркуляра инспектора по вопросам страхования в отношении присоединения к страховке, и предложил ему\ им страховку, которая соответствует его\ их потребностям.

Дата ..... Имя агента ..... Подпись агента .....

**Ж** **Оплата посредством кредитной карты – в соответствии с соглашением, достигнутым между застрахованным\плательщиком и кредитной компанией.**

Личные данные кандидата на страхование		
Фамилия	Имя	№ паспорта
Личные данные плательщика		
№ у. л.	Имя владельца карты	
Верификационный код (3 цифры на обратной стороне карты)	Действительна до..... / .....	№ карты
Можно разделить сумму на несколько платежей в соответствии с длительностью страхового периода:		
Кол-во дней	1-90	91-180
Кол-во платежей	1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Код почтового района	Город	Улица и номер дома
Адрес эл. почты		телефон
.....@.....		
К Вашему сведению, данное платежное средство будет использоваться для уплаты страховых взносов за всех лиц, застрахованных по данному\ым полису\ам. Взимаемые суммы и даты их взимания будут соответствовать правилам внесения платы, установленным в страховом\ых полисе\ах, и изменениям, которые будут время от времени вноситься в таковой\ые. Взимание оплаты будет выполняться в шекелях, в соответствии с официальным обменным курсом доллара, существующим на тот день, когда в кредитную компанию будет отправлено уведомление о взимании платы.		
Дата	Имя владельца кредитной карты	Подпись владельца кредитной карты

Дополнительная информация относительно политики конфиденциальности субъектов корпоративных отношений группы "Харель" доступна на сайте группы, адрес которого [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

