

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



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**

**Кому:**  
**страховой компании "Харель Лтд."**  
**Отдел страхования иностранных рабочих/туристов**  
**А/א חברה ש.ח.ל. 195 רמת גן 5718024 פקס 03-7618824**  
**почта: [hr@harel.co.il](mailto:hr@harel.co.il)**  
выпуск 09/2022

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

	Главный застрахованный	Супруга	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Страна выдачи паспорта					
Имя на английском языке					
Фамилия на английском языке					
Дата рождения					
Пол	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский				
Дата прибытия в Израиль					
Гражданство					
Цель визита					
Ваш адрес в Израиле					
Фамилия семьи, в доме которой вы проживаете	улица	номер дома	номер квартиры	город	
Мобильный телефон					
Эл. почта для получения сообщений, информации и почтовых сообщений					

## Б Выбор поставщика

Частная система компании "Харель"  больничная касса Маккаби  Больничная касса "Клалит"



^dt33533

## В Декларация о состоянии здоровья

Декларация о состоянии здоровья, приведенная далее, будет распространяться по отдельности на всех следующих лиц: на главного застрахованного, 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.

1	Является ли одной из целей прибытия в Израиль одного или нескольких застрахованных получение лечения?	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да

В случае, если ответ на вопрос 1 является положительным, мы не сможем застраховать вас.

Часть А: было ли у вас диагностировано заболевание, явление, расстройство, связанное с одним или несколькими из следующих признаков:	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да

1	<input type="checkbox"/> Инсульт* <input type="checkbox"/> эпилепсия <input type="checkbox"/> рассеянный склероз <input type="checkbox"/> мышечная атрофия или другое атрофическое заболевание <input type="checkbox"/> головные боли <input type="checkbox"/> мигрени <input type="checkbox"/> повторяющиеся головокружения <input type="checkbox"/> расстройство, связанное с равновесием <input type="checkbox"/> обмороки <input type="checkbox"/> болезнь Паркинсона <input type="checkbox"/> болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> умственная отсталость*1 <input type="checkbox"/> аутизм <input type="checkbox"/> синдром Дауна <input type="checkbox"/> церебральный паралич <input type="checkbox"/> полиомиелит* <input type="checkbox"/> болезнь Гоше <input type="checkbox"/> потеря чувствительности <input type="checkbox"/> расстройство внимания и концентрации <input type="checkbox"/> обращались ли вы к врачу с жалобами, связанными с ухудшением памяти в течение последних трех лет? <input type="checkbox"/> другие проблемы нервной системы – <b>нужно передать подробный медицинский документ</b>										
2.	<input type="checkbox"/> СПИД или носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> (волчанка)										
3.	<b>Глаза и зрение:</b> <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> проблемы с сетчаткой <input type="checkbox"/> проблемы с роговицей <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> воспаление глаз <input type="checkbox"/> косоглазие <input type="checkbox"/> слепота <input type="checkbox"/> другое заболевание\ проблема										
4.	<b>Сердце:</b> <input type="checkbox"/> расстройство сердечного ритма <input type="checkbox"/> болезни сердца <input type="checkbox"/> сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> сердечный приступ <input type="checkbox"/> врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> катетеризация сердца или шунтирование <input type="checkbox"/> болезни сердечных клапанов <input type="checkbox"/> другие болезни\ проблемы, связанные с сердцем										
5.	<b>Кровеносные сосуды:</b> <input type="checkbox"/> варикозное расширение вен на ногах <input type="checkbox"/> сужение сонной артерии (Arteria carotis interna) <input type="checkbox"/> расстройство свертываемости <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> болезни крови <input type="checkbox"/> DVT тромбоз глубоких вен <input type="checkbox"/> PVD тромбоз воротной вены (заболевание периферических сосудов)										
6.	<b>метаболизм:</b> <input type="checkbox"/> щитовидная железа <input type="checkbox"/> лимфатические железы <input type="checkbox"/> слюнные железы <input type="checkbox"/> потовые железы <input type="checkbox"/> гипофиз <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> повышенное давление <input type="checkbox"/> высокое содержание жиров\ холестерина <input type="checkbox"/> другая болезнь\ проблема, связанная с обменом веществ										



**В Декларация о состоянии здоровья**

	Часть А: было ли у вас диагностировано заболевание, явление, расстройство, связанное с одним или несколькими из следующих признаков:	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
7.	<b>Дыхательные пути:</b> <input type="checkbox"/> астма Туберкулез в прошлом (полном выздоровлении) <input type="checkbox"/> Активный туберкулез сегодня <input type="checkbox"/> COPD (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> сенная лихорадка <input type="checkbox"/> повторяющиеся инфекционные заболевания дыхательных путей и одышка <input type="checkbox"/> пневмоторакс <input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> Другое респираторное заболевание/проблема										
8.	<b>Пищеварительная система:</b> <input type="checkbox"/> язва желудка\ двенадцатиперстной кишки <input type="checkbox"/> изжога <input type="checkbox"/> болезнь Крона <input type="checkbox"/> колит <input type="checkbox"/> рефлюкс <input type="checkbox"/> геморрой <input type="checkbox"/> фиссура\ фистула <input type="checkbox"/> непроходимость кишечника <input type="checkbox"/> заболевания\ болезни поджелудочной железы <input type="checkbox"/> пищевод <input type="checkbox"/> желчный пузырь <input type="checkbox"/> камни в желчном пузыре <input type="checkbox"/> Другая болезнь\ проблема, связанная с пищеварительной системой?										
9.	<b>Печень:</b> <input type="checkbox"/> желтуха (гепатит) В, С, D <input type="checkbox"/> желтуха (гепатит) А <input type="checkbox"/> жирная печень <input type="checkbox"/> цирроз <input type="checkbox"/> Другие заболевания\ проблемы, связанные с печенью										
10.	<b>Грыжа:</b> <input type="checkbox"/> диафрагма <input type="checkbox"/> пупок <input type="checkbox"/> в правой части промежности <input type="checkbox"/> в левой части промежности <input type="checkbox"/> грыжа в хирургическом шраме <input type="checkbox"/> грыжа брюшной стенки										
11.	<b>Почки и мочевыводящие пути:</b> <input type="checkbox"/> рецидивирующее воспаление <input type="checkbox"/> камни в почках или мочевыводящих путях <input type="checkbox"/> кисты почек <input type="checkbox"/> дефекты мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> почечная недостаточность, <input type="checkbox"/> Другие заболевания\ проблемы почек/мочевой системы										
12.	<b>Суставы и кости:</b> <input type="checkbox"/> артрит <input type="checkbox"/> подагра <input type="checkbox"/> спина/позвоночник <input type="checkbox"/> колени <input type="checkbox"/> бедра <input type="checkbox"/> плечи <input type="checkbox"/> суставы <input type="checkbox"/> снижение плотности костей <input type="checkbox"/> Другие заболевания суставов и костей										



**В Декларация о состоянии здоровья**

Часть А: было ли у вас диагностировано заболевание, явление, расстройство, связанное с одним или несколькими из следующих признаков:	Главный застрахованный		Супруга		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
13. <b>Кожа и пол:</b> <input type="checkbox"/> опухоли кожи <input type="checkbox"/> кожные язвы <input type="checkbox"/> псориаз <input type="checkbox"/> венерические заболевания <input type="checkbox"/> сифилис <input type="checkbox"/> Другая болезнь/кожная проблема <input type="checkbox"/> Другое венерическое заболевание										
14. <b>Злокачественные опухоли?*</b> /онкологические заболевания (рак). Если да, то является ли заболевание или опухоль активным и/или диагностированным и/или пролеченным в течение последних двух лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет										
15. <b>Для женщин:</b> <input type="checkbox"/> кисты или доброкачественные опухоли в груди <input type="checkbox"/> увеличение груди <input type="checkbox"/> фиброкистозная грудь <input type="checkbox"/> киста\ доброкачественная опухоль в матке <input type="checkbox"/> миомы <input type="checkbox"/> эндометроз <input type="checkbox"/> маточное кровотечение <input type="checkbox"/> болезни шейки матки (дисплазия шейки матки) <input type="checkbox"/> киста\ доброкачественная опухоль яичников <input type="checkbox"/> поликистоз яичников <input type="checkbox"/> киста\ доброкачественная опухоль в фаллопиевых трубах <input type="checkbox"/> повторяющиеся выкидыши <input type="checkbox"/> внематочная беременность <input type="checkbox"/> выполнялось ли вам кесарево сечение во время родов? <input type="checkbox"/> вы беременны? <input type="checkbox"/> Другая проблема в гинекологической системе или в груди?										
16. <b>Для мужчин:</b> <input type="checkbox"/> проблемы с предстательной железой <input type="checkbox"/> варикоцеле <input type="checkbox"/> гидроцеле Другая болезнь, связанная с мужским здоровьем										
17. <b>Психические заболевания, диагностированные психологом, психиатром или семейным врачом.</b> <input type="checkbox"/> депрессия <input type="checkbox"/> тревожное расстройство <input type="checkbox"/> Другие психические заболевания										
18. <b>Отоларингология:</b> <input type="checkbox"/> синдром ночного апноэ <input type="checkbox"/> полипы в носу <input type="checkbox"/> синусит <input type="checkbox"/> повторяющиеся ангины <input type="checkbox"/> узелки на голосовых связках <input type="checkbox"/> третья миндалина <input type="checkbox"/> увеличенные носовые раковины <input type="checkbox"/> храп <input type="checkbox"/> смещение перегородки носа <input type="checkbox"/> потеря слуха/глухота <input type="checkbox"/> акустическая неврома (опухоль в слуховом проходе) <input type="checkbox"/> разрыв барабанной перепонки <input type="checkbox"/> звон в ушах <input type="checkbox"/> Другие болезни уха, горла и носа										
19. <b>Вам поставили диагноз аллергия?</b>										

**В Декларация о состоянии здоровья**

Часть В: Общие вопросы	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
20. <input type="checkbox"/> Употребляете ли вы или употребляли ли вы наркотики? Если да – <input type="checkbox"/> Гашиш, марихуана, каннабис, дурь <input type="checkbox"/> Другие наркотики										
21. <input type="checkbox"/> Пьете ли вы постоянно алкогольные напитки в количестве, превышающем 2 порции в день?										
22. Направляли ли вас, и вы не закончили процесс выяснения сути явления или болезни в течение последних двух лет, <b>и до сих пор не получили окончательного диагноза?</b> (тип проверки: маммография, сцинтиграфия костей, катетеризация сердца, изотопное сканирование сердца, эхокардиография сердца, магнитно-резонансное исследование, компьютерная томография, ультразвуковое исследование – не в качестве части наблюдения за беременностью; биопсия, скрытая кровь в кале, колоноскопия, гастроскопия, колпоскопия).										
23. Делали ли вам в течение последних 5-ти лет или рекомендовали ли вам сделать операцию вследствие наличия болезни\ явления\ проблемы, о которых вы не сообщили в одном из предыдущих вопросов? Пожалуйста, уточните: .....										
24. Были ли вы госпитализированы в течение <b>последних 3-ех лет</b> вследствие болезни\ явления\ проблемы, о которых вы не сообщили в одном из предыдущих вопросов? Пожалуйста, уточните: .....										
25. Принимали ли вы лекарства или рекомендовалось ли вам принимать лекарства в течение последних 5-ти лет вследствие болезни\ явления\ проблемы, о которых вы не сообщили в одном из предыдущих вопросов? Пожалуйста, уточните: .....										

Уточните: .....

.....

.....

.....

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

**Г Подтверждение условий принятия**

Я заранее предоставляю свое согласие с тем, что если в процессе подписания для меня или моих детей, не достигших 18-летия, выяснится, что для получения нужного покрытия надо соответствовать условиям подписания, перечисленным далее, они будут определены в соответствии с полисом, который будет составлен для вас и/или для ваших детей, не достигших 18-летия, соответственно:

Не будут покрываться страховые случаи, связанные с: .....

.....

.....

**Д Расширения за дополнительные страховые взносы**

Покрытие	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3	Ребенок 4
Медицинская авиаперевозка						

## Е 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.
- Е. Я подтверждаю, что мне была передана существенная информация в отношении данной страховки, которая включала в себя как, минимум, описание основ данного покрытия, страховой премии, страхового периода, основных страховых сумм и основных границ ответственности, а также информацию о том, каким образом Вы можете получить полную информацию о таковых.

### 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. **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.
6. **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 болею(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(сь)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.

**Е Декларация кандидата на страхование**

7. Присоединяясь к данному полису, вы уполномочиваете своего страхового агента, занимающегося данным полисом, подавать и получать от вашего имени\ для вас все уведомления и\или документы, связанные с процессом подписания, а также с процессом присоединения к полису.

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	055027015 у. л	אריק רון Полное имя	Подпись

**Е заявление агента (этот пункт должен обязательно быть подписан агентом)**

Заявление агента о соблюдении указаний циркуляра инспектора, ответственного за вопросы страхования, по вопросу присоединения к страховке:

я подтверждаю, что в рамках процесса продажи товаров, перечисленных в данном бланке присоединения, я соблюдал все указания циркуляра инспектора, ответственного за вопросы страхования в отношении присоединения к страховке, и, в частности, исследовал потребности кандидата\ов, предлагал страховку и\или добавлял покрытия, расширения или указания по обслуживанию, относящиеся к существующему страховому полису, соответствующие его\ их потребностям, и передал ему\им всю необходимую и существенную информацию.

Дата ..... Имя агента אריק רון ..... 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)	№ карты
Действительна до..... / .....	

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.

..... .....  
Дата Имя владельца кредитной карты Подпись владельца кредитной карты



