

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.

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).

Желаемый страховой период					
С числа		По число			

Имя агента: אריק רוזן

Номер агента: 63187

Кому:
страховой компании "Харель Лтд."
Отдел страхования иностранных рабочих/туристов
Адрес: 1955 Ramat Gan, P.O. Box 5211802, Ramat Gan, 7618822, Israel
почта: 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	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<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 – нужно передать подробный медицинский документ										
2.	<input type="checkbox"/> СПИД или носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> (волчанка)										
3.	Глаза и зрение: <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.	Сердце: <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.	Кровеносные сосуды: <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.	метаболизм: <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		Супруга		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
7.	Дыхательные пути: <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"/> септическая 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.	Пищеварительная система: <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.	Печень: <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.	Грыжа: <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.	Почки и мочевыводящие пути: <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.	Суставы и кости: <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. Кожа и пол: <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. Злокачественные опухоли?* /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. Для женщин: <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. Для мужчин: <input type="checkbox"/> проблемы с предстательной железой <input type="checkbox"/> варикоцеле <input type="checkbox"/> гидроцеле Другая болезнь, связанная с мужским здоровьем										
17. Психические заболевания, диагностированные психологом, психиатром или семейным врачом. <input type="checkbox"/> депрессия <input type="checkbox"/> тревожное расстройство <input type="checkbox"/> Другие психические заболевания										
18. Отоларингология: <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. Вам поставили диагноз аллергия?										

В Декларация о состоянии здоровья

Часть В: Общие вопросы	Главный застрахованный		Супруга		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, и до сих пор не получили окончательного диагноза? (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 последних 3-ех лет 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	Супруга	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, 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 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\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



אישור לתשלום דמי ביטוח נסיעות לחו"ל ועובדים זרים על ידי בעל חשבון

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

אני הח"מ..... מספר זהות..... טלפון.....
מאשר בזאת לשלם את דמי הביטוח בגין הפוליסות שלהלן:

מספר פוליסה	שם המבוטח
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

התשלום יבוצע עבור..... (נא לציין קשרי משפחה, קשר עובד/מעביד, עסק בבעלות המשלם).
אנא מלא את הסעיף הרלוונטי להלן:

א הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)

תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח

סה"כ

ב הוראת תשלום באמצעות העברה בנקאית

מספר הבנק..... שם הבנק..... מספר סניף..... מספר חשבון.....

ג הוראת תשלום באמצעות הוראת קבע

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון..... בנק.....
סניף..... עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

ד הוראת תשלום באמצעות כרטיסי אשראי (מצ"ב פירוט)

<input type="checkbox"/>	ויזה	<input type="checkbox"/>	ישראכרט	<input type="checkbox"/>	דיינרס	<input type="checkbox"/>	אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/>	אחר
תוקף		מספר כרטיס							
חודש	שנה								

ידוע לנו כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטחים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזרו באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.
יודגש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ם יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.
ולראיה באנו על החתום:

תאריך..... שם בעל החשבון..... מספר זהות..... חתימת בעל החשבון.....

הצהרת הסוכן/ות

- אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.
- אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך..... שם סוכן..... אריק רוזן..... מספר סוכן..... חתימת הסוכן..... 63187