

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

למשלוח הטופס לחטיבת בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל:
03-7348082 או fax7922@harel-ins.co.il

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד ובדוא"ל הקיים ברשות חברת הראל.

פרטי הנסיעה	
מ- / / עד- / / יעד הנסיעה*: ☐ אירופה ☐ אסיה ☐ אוסטרליה ☐ קנדה ☐ מרכז ודרום אמריקה ☐ אפריקה ☐ אנטארטיקה ☐ ארה"ב (מ- / / עד- / /) נא פרט את המדינות בהן אתה מבקר: לתשומת ליבך: תנאי לרכישת הפוליסה היא הימצאות המבוטח בארץ. רכישת הפוליסה באמצעות מילוי הטופס מהווה הצהרה כי כל המועמדים לביטוח מצויים בארץ בעת הרכישה ואינם נוסעים למדינת מוצאם. כמו כן, נדגיש כי אישור לביטוח כפוף לכך שהמועמדים לביטוח מבוטחים בישראל בביטוח רפואי כלשהו (קופ"ח, ביטוח תיירים, ביטוח עובדים זרים ועוד). החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx	
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה	
גיל המבוטח	תקופה מרבית לפוליסה
0-50	365 יום
51-60	180 יום
61-75	120 יום
76-80	60 יום
81-95	30 יום

הנני מבקש לבטח אותי			
כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	

פרטי המועמד לביטוח				
הביטוח מיועד לתושב חוץ בלבד. הנני מצהיר כי המבוטח הוא תושב חוץ ☐ כן				
מבוטח	מין	מס' דרכון	שם משפחה בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית
מבוטח ראשי ☐ נ ☐ ז ☐				
תאריך לידה				

אישור תנאים	
אני הח"מ מספר דרכון מאשר בזאת כי ידוע לי ומוסכם עליי כי על אף האמור בפוליסת ה-FIRST CLASS לעניין התקופה המרבית, בפוליסת נסיעות לחו"ל הנוכחית תקופת הביטוח המרבית בהתאם לסעיף א' לעיל.	
תאריך	חתימה

לתשומת לבך, הפוליסה אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות ממצב רפואי קודם, אלא אם המבוטח רכש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.		
מבוטח ראשי כן לא		
1. האם אחת ממטרות הנסיעה היא אחת או יותר מהבאים: קבלת יעוץ, אבחון, טיפול רפואי?		
אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול שיניים, השתלת שיער, טיפולים קוסמטיים וכל עוד לא מדובר בהליך הכולל הרדמה מלאה. במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח		
2. האם בחצי השנה האחרונה לקחת תרופות באופן קבוע או עברת טיפול אחר, או שהמליצו לך לקחת תרופות או לעבור טיפול אחר?		
אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול הורמונלי לטיפול בגיל המעבר, ויטמינים או תוספי מזון, אלרגיה, גלולות למניעת הריון, כולסטרול, תת פעילות בלוטת המגן, קשב וריכוז, לחץ דם, בעיות שינה, צרבות, ערמונית מוגדלת, מיגרנות, תרופת הרזייה שלא ניתנה בעקבות סכרת, אקנה ונשירת שיער. אם ענית בחיוב על שאלה 2, יש לענות על שאלה 2.1. אם ענית בשלילה על שאלה 2, יש לעבור לשאלה 3.		
2.1. האם הטיפול המוצהר הוא לאחד או יותר מהמצבים הרפואיים הבאים:		
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ אי ספיקת כליות עם טיפול בדיאליזה מחלות דם עם טיפול פעיל בעירוי דם/הקזות ☐ מחלות ממאירות בתהליכי טיפול פעילים של הקרנות ו/או כימותרפיה ו/או טיפול ביולוגי ☐ ירידה בזיכרון או בהתמצאות המצריכה השגחה או ליווי ו/או תופעה או מחלה במערכת העצבים, לרבות אירוע מוחי ו/או מחלה ניוונית כדוגמת SLA בגינם קיים חוסר יציבות/נפילות חוזרות ☐ מחלה/תופעה הדורשת שימוש במחולל חמצן ☐ שחמת כבד עם סיבוכים כגון דימומים, צורך בהשתלה, מיימת (הצטברות נוזלים), אי ספיקת כבד		
2.2. האם הטיפול המוצהר הוא עקב אי ספיקת לב עם אחת או יותר מהתופעות הבאות:		
☐ ☐ ☐ ☐ בצקות ו/או המלצה לטיפול/קבלה של תרופות להוצאת נוזלים מהגוף (מגבירות מתן שתן) ☐ קיום קוצר נשימה במנוחה ו/או במאמץ קל (הליכה, עליית מדרגות)		
במקרה שקיימת תשובה חיובית יש לצרף תעודת עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים. אם ענית בשלילה (על שאלה 2.1) עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.		
3. האם אחד או יותר מהנוסעים עבר בששת החודשים האחרונים או הומלץ לו על אשפוז (לרבות אשפוז יום) או ניתוח הקשור לאחד או יותר מהנושאים הבאים: מחלת נפש, ראש, לב (לרבות צנתור) כיס המרה ודרכי המרה, כליות ודרכי השתן, דרכי העיכול, ריאות, עמוד שדרה. לתשומת לבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בניתוח קוסמטי אסתטי.		
אם ענית בחיוב על שאלה 3 יש לענות על שאלה 3.1.		
אם ענית בשלילה יש לעבור לשאלה 4.		
3.1. האם הניתוח/האשפוז כבר בוצע וחלפו מאז למעלה משלושה חודשים?		
אם ענית בשלילה יש לצרף תעודת עדכנית מהרופא המטפל המתייחסת לניתוח/אשפוז/צנתור שהומלץ לך לעבור והתייחסות למצבך הבריאותי והתפקודי העדכני בהקשר לכך.		
אם ענית בחיוב עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.		
4. האם אחד או יותר מהנוסעים הופנה במהלך חצי השנה האחרונה:		
☐ ☐ ☐ ☐ לבדיקות שטרם בוצעו, או שתוצאותיהן לא היו תקינות או כללו ממצא רפואי חריג? ☐ פרוט הבדיקות: ☐ MRI (ראש או עמוד שדרה) CT (ראש או עמוד שדרה), אקו לב, דופלר עורקי צוואר, בדיקת מאמץ, הולטר לב.		
במקרה שהתשובה חיובית (בשאלה 4) יש לצרף תעודת עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבדיקות הרפואיות אליהן הופנית, הסיבות לבדיקה ובמידה ובוצעו, התייחסות לתוצאות והמלצות להמשך טיפול ומעקב.		
הרחבה להיריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להיריון (כולל)		
5. האם הנך בהיריון?		
5.1. מה שבוע ההיריון הנוכחי?		
5.2. האם ההיריון מוגדר כהריון בסיכון ו/או מרובה עוברים, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל?		
במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהיריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.		
☐ ☐ ☐ ☐ אם הנך בהיריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להיריון. ☐ אם הנך בת 42, או אם ימלאו לך 42 לפני תום תקופת הביטוח, או שתהיי בשבוע 32 לפני תום תקופת הביטוח, לא ניתן לרכוש את ההרחבה להיריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח.		

שם התוכנית		מבוטח ראשי	תקופת הביטוח
זר	ביטוח רפואי פוליסה בסיסית	✓	כל תקופת הביטוח
	חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס.	☐ לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
	הכיסוי בגין איתור וחילוץ יחול במדינות בהן ניתן להפעיל כיסוי זה, בהתאם למפורט בתנאי הפוליסה.	☐ לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
מב	חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס.	☐ לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
	(אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).		
	הרחבות בתוספת תשלום		
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)			
כיסוי מיוחד לפריט יקר ערך מהרשימה עד \$2,000			
*בתנאי שנרכשה הרחבה לכבודה וכן נרכשה הרחבה נוספת לפריט יקר ערך והפריט יקר הערך צוין במפורש בדף הרשימה שבפוליסה.			
☐ מצלמה ☐ רחפן ☐ תשמישי קדושה ☐ עגלת תינוק ☐ גלשן ☐ כסא גלגלים ☐ קלנועית ☐ כלי נגינה			
ביטול/קיצור נסיעה - החזר לביטול/קיצור הנסיעה בעקבות ארוע רפואי או צו 8.			
בנוסף, החזר עבור שינוי תוכנית הנסיעה (לדוגמא החזר על כרטיסים, מלונות וכדומה במקרה של אישפוז מעל יומיים).			
ביטול וקיצור נסיעה מורחב - החזרים מקסימליים גבוהים יותר מהכיסוי הבסיסי.			
(לדוגמא, במקרה של ביטול נסיעה - החזר של עד \$10,000 לעומת \$5,000 בכיסוי הבסיסי).			
החמרה של מצב רפואי קודם			
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים			
כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל למעט אם הינך בהריון.			
הרחבה להריון שנרכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, למעט אם הינך בהריון תהיה בתוקף עד שבוע 32 (כולל) להריון או עד גיל 42, המוקדם מביניהם, לרבות במקרה של הארכת הפוליסה או רכישת הרחבה להריון בתוך התקופה המרבית כהגדרתה בפוליסה.			
מ- / / עד- / /			
ספורט אתגרי חובבני			
(לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			
מ- / / עד- / /			
ספורט חורף			
(לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			
מ- / / עד- / /			
ספורט מקצועני			
(לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			
מ- / / עד- / /			
תאונות אישיות בנוסף לכיסוי הבריאות הבסיסי שכלול בפוליסה שלך, ההרחבה הזו מקנה פיצוי בגין מוות/נכות/כוויות/שברים/אשפוז כתוצאה מתאונה בחו"ל.			
הרחבת הכיסוי לתאונות אישיות במסגרת פעילות ספורט אתגרי (חובבני) - הרחבת הכיסוי לתאונות אישיות שעלולות להתרחש במסגרת פעילות ספורט אתגרי (חובבני) בחו"ל (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			
מחשב אישי נישא/טאבלט עד \$2,000			
דגם			
טלפון נייד עד \$750			
דגם			
אופניים דו גלגליים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אנא סמן גבול אחריות מבוקש: ☐ \$2,500 ☐ \$4,500 ☐ \$6,000			
דגם			
תאריך רכישת האופניים			
ערך האופניים ב-ש			
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75)			
☐ עד \$1,500 ☐ עד \$6,000			
רכישת כיסוי זה הינה למבוטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבוטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.			
מ- / / עד- / /			

מידע למועמד לביטוח

- לתשומת ליבך, החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx
- הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים ("הרחבה להחמרה") התקופה המרבית להרחבה להחמרה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.
- פוליסת הביטוח אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות מכל הקשור ו/או הנובע מהריון, לרבות היריון שנועד לאחר ההצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבוטחת לא עדכנה את המבטח לגבי, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון.
- אם בחרת להסיר את הכיסוי לאיתור וחילוץ בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
- אם בחרת להסיר את הכיסוי לחבות כלפי צד ג' בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
- ככל שביקשת לרכוש כיסויים נוספים לפוליסת הבסיס, באפשרותך לבטל כל אחד מהכיסויים מבלי שהביטול יותנה בביטול אחד או יותר מהכיסויים האחרים שרכשת יחד עם פוליסת הבסיס, ומבלי שביטול הכיסוי יגרם לביטול של הנחה בפוליסת הבסיס או בכיסוי אחר. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר כיסויים שונים, אשר תומחרו מראש יחד. במקרה של ביטול פוליסת הבסיס, יבוטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.
- התנאים המלאים והמחייבים מפורטים בתנאי הפוליסה. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים המופיעים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח.



- הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
- אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכלל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
 פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

4. שליחת דבר פרסומת

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

5. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

6. הריני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים ובבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.

7. הריני מאשר שבמסגרת תהליך הצירוף לפוליסה וכחלק מהליך החיתום, ייתכן ואדרש על ידי החברה לרכוש בעלות נוספת הרחבה להחמרה למצב רפואי קודם, בהתייחס לאחד או יותר מהנוסעים בטופס ההצעה, וזאת כתנאי לקבלה לביטוח.

8. בהצטרפותי לפוליסה זו הנני מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה להגיש ולקבל בשמי/עבורי את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.

תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה
מבטח ראשי			

אישור סוכן הביטוח: _____ שם: _____ ת.ז.: _____ מס' רישיון: _____ חותמת: _____

ט הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

י תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי גבייה בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

שם בעל כרטיס האשראי	מספר ת.ז.	מספר תשלומים
מס' כרטיס	בתוקף עד	CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)
רחוב	מס'	מיקוד
טלפון	טלפון נייד	

חשובך יחוייב בש"ח באמצעות כרטיס אשראי, לפי שער הדולר היציג האחרון שפורסם יום קודם ליום רכישת/הארכת/הפוליסה, לפי העניין. לידעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק/המשלם החרג, עלויות התפעול ו/או ניסיונות הגבייה ו/או אחרות לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל וקיימות, יושתו על המבוטח/הגורם המשלם בפוליסה.

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים לפוליסה יבוצעו עבור המבוטח/ים שבנדון. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חיידוש ו/או שינוי ו/או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותי להודיע לחברה במידי על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותי לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלום דמי הביטוח בפוליסה.

כל החזר של דמי הביטוח יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי. כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח/ המוטב/ בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____



^dt33544