

Demande d'assurance pour touristes en Israël « Tour and Care »

La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Veuillez le remplir de manière précise et complète.

Version 06/2025

Je soussigné (ci-après le « candidat à l'assurance ») demande à la compagnie d'assurances Harel (ci-après l'« assureur ») de bien vouloir m'assurer sur la base de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire.

Nom de l'agent d'assurance :

Numéro de l'agent d'assurance :

Les documents relatifs à la police d'assurance seront envoyés à votre numéro de téléphone portable tel qu'il figure dans les fichiers de la société Harel. Si vous souhaitez recevoir ces documents par courrier électronique, veuillez indiquer votre adresse email dans les coordonnées personnelles. Alternativement, si vous souhaitez recevoir ces documents par la poste, veuillez le préciser ici : (L'envoi sera effectué selon les dernières coordonnées enregistrées dans notre système au moment de l'expédition.)

À l'attention de :

Harel Insurance Company Ltd

Division de l'assurance pour les travailleurs étrangers/touristes

3, rue Aba Hillel, boîte postale 10951, Ramat Gan 5252202

Fax : 03-7348083, email : fax7930@harel-ins.co.il

Période d'assurance requise	
de	à

A Coordonnées des candidats à l'assurance (jusqu'à l'âge de 80 ans)

	Assuré principal	Conjoint/e	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
No de passeport					
Pays de délivrance du passeport					
Prénom					
Nom de famille					
Date de naissance					
Sexe	<input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fém.				
Date d'entrée en Israël					
Nationalité					
But de la visite					
Adresse de séjour en Israël	Rue	No de bâtiment	Numéro d'appartement	Ville	
No de téléphone portable					
Nom de famille de votre hôte					
Email pour les messages personnels et rapports	@.....				

B Choix du fournisseur de soins

- Réseau privé de Harel Services médicaux de la Maccabi (caisse de maladie)
 Services médicaux de la Clalit (caisse de maladie)



dt33533

C Déclaration médicale

La déclaration médicale ci-après s'appliquera séparément à chacune des personnes suivantes : l'assuré principal, son/sa conjoint/e et chacun des enfants assurés. Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un (✓) la case correspondant à la réponse correcte. En cas de réponse positive à l'une des questions, veuillez joindre un certificat à jour du médecin traitant concernant le problème déclaré, les résultats des examens médicaux, le type de traitement et l'état de santé actuel.

	Assuré principal		Conjoint/e		Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
L'un des motifs de votre venue ou de celle de l'un des assurés en Israël est-il de recevoir des soins médicaux ?										
Si la réponse à la question ci-dessus est « Oui », nous ne pouvons pas vous accepter dans le cadre de cette assurance.										
Partie A' : Avez-vous reçu un diagnostic concernant une maladie, un trouble ou un état de santé lié à l'un ou plusieurs des problèmes énumérés ci-dessous ?	Assuré principal		Conjoint/e		Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire ou autre maladie dégénérative <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Vertiges récurrents <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer* <input type="checkbox"/> Retard mental* <input type="checkbox"/> Autisme* <input type="checkbox"/> Syndrome de Down* <input type="checkbox"/> Infirmité motrice d'origine cérébrale* <input type="checkbox"/> Poliomyélite* <input type="checkbox"/> Maladie de Gaucher* <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention <input type="checkbox"/> Avez-vous consulté un médecin au sujet de problèmes liés à une perte de mémoire au cours des 3 dernières années? <input type="checkbox"/> Autre problème lié au système nerveux Veuillez joindre un certificat médical détaillé.										
2. <input type="checkbox"/> SIDA ou séropositivité <input type="checkbox"/> Lupus										
3. Yeux et vision : <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Troubles de la rétine <input type="checkbox"/> Trouble de la cornée <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble oculaire										
4. Cœur : <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque congénitale <input type="checkbox"/> Cathétérisme cardiaque ou pontage coronarien <input type="checkbox"/> Valvulopathie cardiaque <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble cardiaque										
5. Vaisseaux sanguins : <input type="checkbox"/> Varices des membres inférieurs (jambes) <input type="checkbox"/> Sténose de l'artère carotide <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> TVP (phlébite/thrombose) <input type="checkbox"/> AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs)										
6. Maladies métaboliques : <input type="checkbox"/> Glande thyroïde <input type="checkbox"/> Glande lymphatique <input type="checkbox"/> Glande salivaire <input type="checkbox"/> Glande sudoripare <input type="checkbox"/> Glande pituitaire (hypophyse) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble métabolique										
7. Appareil respiratoire : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose ancienne avec guérison complète <input type="checkbox"/> Tuberculose active actuelle <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) <input type="checkbox"/> Rhinite allergique <input type="checkbox"/> Infections respiratoires et dyspnée récurrentes <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble de l'appareil respiratoire										
8. Appareil digestif : <input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodénal (estomac/duodénum) <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac (pyrosis) <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Hémorroïdes <input type="checkbox"/> Fissure/fistule <input type="checkbox"/> Occlusion intestinale <input type="checkbox"/> Maladies/inflammations du pancréas <input type="checkbox"/> de l'œsophage <input type="checkbox"/> de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Lithiase biliaire <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble de l'appareil digestif										

C Déclaration médicale

		Assuré principal		Conjoint/e		Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
9.	Foie : <input type="checkbox"/> Hépatite B, C, D <input type="checkbox"/> Hépatite A <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble du foie										
10.	Hernie : Localisation de la hernie : <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Ombilic <input type="checkbox"/> Aine droite <input type="checkbox"/> Aine gauche (inguinale) <input type="checkbox"/> Au niveau d'une cicatrice chirurgicale <input type="checkbox"/> Paroi abdominale										
11.	Reins et appareil urinaire : <input type="checkbox"/> Inflammations récurrentes <input type="checkbox"/> Lithiase urinaire (calculs dans les reins ou voies urinaires) <input type="checkbox"/> Kystes rénaux <input type="checkbox"/> Malformations des voies urinaires <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble des reins et de l'appareil urinaire										
12.	Articulations et os : <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Dos et colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Hanches <input type="checkbox"/> Épaules <input type="checkbox"/> Articulations <input type="checkbox"/> Ostéoporose/Ostéopénie <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble articulaire ou osseux										
13.	Dermatologie et vénérologie : <input type="checkbox"/> Tumeurs de la peau <input type="checkbox"/> Lésions cutanées <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Autre maladie dermatologique ou sexuellement transmissible										
14.	Tumeurs malignes*/maladies malignes (cancer) Si la réponse est positive, la maladie ou la tumeur est-elle active, diagnostiquée ou traitée au cours des deux dernières années? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
15.	Pour les femmes : <input type="checkbox"/> Kystes ou tumeurs bénignes du sein <input type="checkbox"/> Augmentation mammaire <input type="checkbox"/> Seins fibrokystiques <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne de l'utérus <input type="checkbox"/> Fibromes utérins <input type="checkbox"/> Endométriose <input type="checkbox"/> Saignements utérins <input type="checkbox"/> Maladies du col de l'utérus (CIN - néoplasie cervicale intraépithéliale) <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne de l'ovaire <input type="checkbox"/> Ovaies polykystiques <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne des trompes de Fallope <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition <input type="checkbox"/> Grosse extra-utérine <input type="checkbox"/> Avez-vous accouché par césarienne ? <input type="checkbox"/> Êtes-vous actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Autre trouble gynécologique ou mammaire										
16.	Pour les hommes : <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate <input type="checkbox"/> Varicocèle <input type="checkbox"/> Hydrocèle <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble andrologique										
17.	Condition diagnostiquée par un psychologue, un psychiatre ou un médecin de famille : <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autre maladie mentale										
18.	Oto-rhino-laryngologie : <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées du sommeil <input type="checkbox"/> Polypose naso-sinusienne <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Infections récidivantes de la gorge <input type="checkbox"/> Nodules des cordes vocales <input type="checkbox"/> Végétations adénoïdes <input type="checkbox"/> Hypertrophie des cornets nasaux <input type="checkbox"/> Ronflements <input type="checkbox"/> Déviation de la cloison nasale <input type="checkbox"/> Troubles de l'audition/Surdité <input type="checkbox"/> Neurinome de l'acoustique (tumeur dans le conduit auditif) <input type="checkbox"/> Accouphènes <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble oto-rhino-laryngologique										
19.	Avez-vous reçu un diagnostic d'allergie ?										

*La question s'adresse uniquement au parent ou au tuteur d'un candidat à l'assurance mineur ou placé sous protection juridique.

C Déclaration médicale

	Partie B' : Questions générales	Assuré principal		Conjoint/e		Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
20.	Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue? Si la réponse est oui : <input type="checkbox"/> Haschich/marijuana/herbe/cannabis Autre drogue										
21.	Buvez-vous, régulièrement, des boissons alcoolisées (plus de 2 verres par jour) ?										
22.	Au cours des deux dernières années, avez-vous été envoyé procéder à un bilan pour une anomalie ou une maladie, sans que ce processus ne soit encore terminé et sans avoir encore reçu de diagnostic définitif ? (Orientation pour une consultation chez un médecin spécialiste ou pour des examens tels que : mammographie, scintigraphie osseuse, coronarographie, échocardiographie, IRM, CT [tomodensitométrie], échographie [hors suivi prénatal de routine], biopsie, sang occulte, coloscopie, gastroscopie, EEG, colposcopie ou tout examen invasif nécessitant une sédation ou une anesthésie.)										
23.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé une chirurgie ou une greffe en raison d'une maladie, d'un symptôme ou d'un problème de santé que vous n'avez pas mentionné dans les questions précédentes? Merci de fournir des précisions :										
24.	Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé en raison d'une maladie, d'un symptôme ou d'un problème de santé que vous n'avez pas mentionné dans les questions précédentes? Merci de fournir des précisions :										
25.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous pris, ou vous a-t-on prescrit, un traitement médicamenteux pour une maladie, un symptôme ou un problème de santé que vous n'avez pas mentionné dans les questions précédentes? Merci de fournir des précisions :										

Veuillez préciser (uniquement si vous avez répondu «oui» à l'une des questions de la déclaration) :

.....

.....

.....

Veuillez noter : la police d'assurance ne couvre pas les événements liés à un état de santé antérieur.

D Confirmation des conditions d'acceptation

Je consens par avance au fait que, dans la mesure où il ressort de la procédure de souscription me concernant ou concernant mon enfant de moins de 18 ans que la mise en place des garanties demandées nécessite les conditions de souscriptions suivantes, celles-ci seront précisées dans la police d'assurance émise à mon nom ou au nom de mon enfant (selon le cas).

Un événement médical lié ne sera pas couvert.

Signature du candidat à l'assurance

	Date	Nom de l'assuré	Numéro d'identité	Signature
Assuré principal			
Conjoint/e			
Enfant de plus de 18 ans			
Enfant de plus de 18 ans			
Enfant de plus de 18 ans			

E Avenants et lettres de service moyennant des cotisations supplémentaires

Garantie	Assuré principal	Conjoint/e	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Période d'assurance
Avenant pour transport médical aérien						Toute la période d'assurance
Avenant pour accidents corporels survenus en Israël uniquement			x	x	x	Toute la période d'assurance
Avenant pour suppression de l'exclusion des sports extrêmes						Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / /
Lettre de service : médecin référent désigné						Toute la période d'assurance
Lettre de service : téléconsultation médicale en ligne						Toute la période d'assurance

F Déclaration médicale du candidat à l'assurance

1. a. Confidentialité : Harel Insurance Company Ltd. et Harel Pension and Provident Ltd. (ci-après désignées : « Harel ») collectent des données à caractère personnel aux fins suivantes : souscription à des produits, fourniture de services, exploitation et gestion du cycle de vie des produits, traitement des réclamations, paiements et procédures, ainsi que pour la gestion et l'amélioration des activités et services proposés par Harel, le respect des obligations légales, la personnalisation et la proposition d'offres fondées sur des caractéristiques personnelles, et d'autres finalités légitimes. En règle générale, la transmission de ces données n'est pas obligatoire. Toutefois, si vous choisissez de ne pas communiquer certaines informations, nous ne serons pas en mesure d'examiner votre demande ni de vous fournir le service. Les données seront transmises à votre agent d'assurance (le cas échéant) pour le traitement des demandes et de tout ce qui se rapporte à la gestion et à l'exécution des produits et services. Elles seront aussi transmises à des prestataires et tiers autorisés à y accéder dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans la Politique de confidentialité disponible sur le site Internet de Harel. Celle-ci précise également les coordonnées du délégué à la protection des données chez Harel, vos droits d'accès et de rectification, ainsi que les modalités de désinscription aux envois commerciaux : <http://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- b. Je/nous déclare/ons que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma/notre propre volonté.
- c. Les réponses spécifiées dans la déclaration médicale, ainsi que toute autre information qui sera fournie à la Société, de même que les conditions communément acceptées de la Société à ce sujet, seront réputées conditions essentielles du contrat d'assurance entre vous et la Société et en feront partie intégrante.
- d. La Société est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement après que la Société émet une confirmation écrite de l'admission de tous les candidats à l'assurance.
- e. Le consentement et la présente déclaration, y compris la déclaration médicale ci-dessus, s'appliqueront également aux enfants dont les noms sont mentionnés dans la proposition et votre/vos signature/s des documents vaut/vaient également signature/s en leurs noms, en votre/vos qualité/s de tuteur/s légal/aux. Vous êtes autorisé/s à signer ces documents en leur nom ? Oui Non
- f. Je confirme qu'on m'a remis les informations essentielles concernant l'assurance, comprenant au minimum la description des principaux éléments de la couverture garantie par l'assurance, des cotisations d'assurance, de la durée de l'assurance, des principaux capitaux assurés et des principales limites de responsabilité, ainsi que la possibilité d'obtenir des informations complètes à leur sujet.

Veuillez noter :

2. État de santé antérieur : événement assuré dont la cause principale est l'évolution naturelle d'un état de santé antérieur, survenu pendant la période d'exclusion. Une exclusion au titre d'un état de santé antérieur pour un assuré dont l'âge au moment du début de la période d'assurance est :
 1. inférieur à 65 ans - s'applique pour une période n'excédant pas un an à compter du début de la période d'assurance;
 2. égal à 65 ans ou plus - s'applique pour une période n'excédant pas six mois à compter du début de la période d'assurance.
3. La présente assurance maladie est soumise à un délai de carence de 48 heures.
4. Je suis conscient/e que le contrat d'assurance n'entrera en vigueur qu'après que la Société aura délivré une confirmation écrite de l'admission du candidat à l'assurance. Dans tous les cas, la période d'assurance commencera à compter de la date de confirmation par l'Assureur, comme énoncé ci-devant.

5. Envoi de messages publicitaires

a. Notification concernant la réception de messages publicitaires de la part de la société :

Les informations que vous avez fournies seront utilisées pour l'envoi de messages publicitaires de la part de la société, par e-mail, appel automatisé ou message texte (SMS). Vous pouvez vous opposer à tout moment à la réception de ces messages via l'un des moyens suivants : sur le site <http://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>, par email, à l'adresse unsubscribe1@harel-ins.co.il, au téléphone *2735 ou en scannant le code QR :



b. Consentement à recevoir des messages publicitaires supplémentaires :

Outre les messages que la société est autorisée à m'envoyer selon la notification ci-dessus, je souhaite recevoir également des publicités concernant les services et produits de l'ensemble des sociétés du groupe Harel, de leurs partenaires commerciaux et de tiers, par e-mail, appel automatisé ou SMS.

*Le groupe Harel comprend Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. et ses filiales.

Attention : le fait de ne pas cocher cette case ne sera pas considéré comme un refus de recevoir les messages publicitaires de la société (comme indiqué au point a ci-dessus), et ne constitue pas une annulation d'un consentement antérieur. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

6. Renonciation au secret médical : Je/nous, soussigné(e)(s), autorise/ons par la présente les cliniques de la caisse de maladie (Kupat Holim) ou ses institutions médicales ou Tsahal, ainsi que tout médecin, psychiatre, établissement médical ou hôpital, ou encore le Conseil national de sécurité (Malal), le ministère de la Défense, toute compagnie d'assurance ou toute autre institution ou entité, à fournir à Harel (ci-après désigné : « le Demandeur »), dans la mesure nécessaire à l'examen et au règlement des demandes au titre de la police ou pour l'examen de mon/ notre admissibilité à l'assurance demandée, toute information et tous détails en leur possession, sans exception et sous la forme exigée par le Demandeur, concernant mon/notre état de santé. Cela inclut toute maladie dont j'ai/nous avons souffert par le passé ou dont je suis/nous sommes atteint/s à présent ou que je suis/nous sommes susceptible/s d'avoir à l'avenir. Je/nous vous libère/ons de l'obligation de respecter le secret médical, auquel je/ nous renonce/ons en faveur du « Demandeur ». La présente renonciation engage également mes/nos héritiers et fondés de pouvoir et tout représentant autorisé. La présente renonciation au secret médical s'appliquera également à mon/nos enfants mineurs.
7. En souscrivant à cette police, vous autorisez votre agent d'assurance désigné dans le contrat à transmettre et à recevoir en votre nom tous avis ou documents relatifs aux procédures de sélection médicale et de souscription.

G Signature du candidat à l'assurance

	Date	Nom de l'assuré	Numéro d'identité	Signature
Assuré principal			
Conjoint/e			
Enfant de plus de 18 ans			
Enfant de plus de 18 ans			
Enfant de plus de 18 ans			
Témoin de la signature (agent d'assurance :)	Date	No d'identité	Nom	Signature

H Déclaration de l'agent d'assurance (section obligatoire devant être signée par l'agent)

Déclaration de l'agent d'assurance concernant le respect de la circulaire du Commissaire aux assurances relative à l'adhésion à un contrat d'assurance :

Je certifie que, dans le cadre de la vente des produits mentionnés dans le présent formulaire d'adhésion, j'ai respecté l'ensemble des instructions édictées par le Commissaire aux assurances en matière d'adhésion à un contrat d'assurance.

En particulier, j'ai pris connaissance des besoins des candidats, j'ai proposé une assurance ou des garanties supplémentaires, un avenant ou une lettre de service à la police d'assurance existante correspondant à ces besoins, et j'ai fourni toutes les informations essentielles requises.

.....
Date

.....
Nom de l'agent

.....
Signature de l'agent

I Prélevement par carte de crédit – selon les modalités convenues entre l'assuré/le payeur et la société de carte de crédit

Coordonnées du candidat à l'assurance		
Prénom	Nom de famille	Numéro de passeport
Coordonnées du payeur		
Numéro d'identité/passeport	Nom du titulaire de la carte de crédit	
Numéro CVV (3 chiffres au dos de la carte)	Date d'expiration de la carte	Numéro de la carte
Il est possible de payer en plusieurs versements selon la période d'assurance		
Nombre de jours	1 à 90	91 à 181
Nombre de versements	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Code postal	Ville	Rue et numéro
Adresse électronique@.....		Téléphone
Pour information : Le moyen de paiement fourni sera utilisé pour régler les cotisations d'assurance de l'ensemble des assurés figurant dans la ou les polices concernées. Les montants et les dates de prélèvement seront déterminés par la Société, conformément aux modalités de paiement prévues par la ou les polices d'assurance, ainsi qu'aux modifications qui y seront apportées de temps à autre. Par ailleurs, en cas de rejet du paiement par la société de carte de crédit ou la banque, les frais de recouvrement éventuellement facturés à la Société seront prélevés via le moyen de paiement existant enregistré pour cette police.		
Date	Nom du titulaire de la carte de crédit	Signature du titulaire de la carte de crédit