

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

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

עלִיךָ להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בטופס זה. ככל שלא תעשה כן יִכּוּל וְתִהְיֶה לְכָךְ הַשְׁפָּעָה עַל תְּשׁוּמָה תְּגוּמָה לִי הַבִּטּוּחַ. מִסְמָכֵי הַפּוֹלִיסָה יִשְׁלַח אֵלֶיךָ מִסְפָּר הַטֵּלפֹן הַנִּיד וּבְדוּא"ל הַקִּיִּים בְּרִשׁוֹת חֲבֵרֶת הָרָאֵל.

פרטי הנסיעה

מ- / / עד- / /
 יעד הנסיעה*:
☐ אירופה ☐ אסיה ☐ אוסטרליה ☐ מרכז ודרום אמריקה ☐ קנדה ☐ אפריקה ☐ אנטארטיקה
☐ ארה"ב (מ- / / עד- / /)
 נא פרט את המדינות בהן בכוונתך לבקר:

לתשומת ליבך:
 תנאי לרכישת הפוליסה היא הימצאות המבוטח בארץ. רכישת הפוליסה באמצעות מילוי הטופס מהווה הצהרה כי כל המועמדים לביטוח מצויים בארץ בעת הרכישה.
 *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 ואת בני משפחתי המפורטים מטה				ב
כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק	
טלפון	נייד	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		

פרטי המועמדים לביטוח									
הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הנני מצהיר כי המבוטחים הם תושבי ישראל ☐ כן ☐ לא									
מבוטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית	תאריך לידה				
מבוטח ראשי	☐ ז ☐ נ								
בן/ת זוג	☐ ז ☐ נ								
ילד/ה 1	☐ ז ☐ נ								
ילד/ה 2	☐ ז ☐ נ								
ילד/ה 3	☐ ז ☐ נ								
ילד/ה 4	☐ ז ☐ נ								



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	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4
כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם אחת ממטרות הנסיעה היא אחת או יותר מהבאים: קבלת יעוץ, אבחון, טיפול רפואי?					
אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול שני, השתלת שיער, טיפולים קוסמטיים וכל עוד לא מדובר בהליך הכולל הרדמה מלאה. במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח					
2. האם הנך מקבל בחצי השנה האחרונה תרופות באופן קבוע או עברת טיפול רפואי אחר, או הומלץ לך לקבל תרופות/לעבור טיפול רפואי 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 הרזיה 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 ALS 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: בצקת 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 בחצי השנה האחרונה עברת או הומלץ לך על ניתוח, או אושפזת מעל ל-3 ימים או הומלץ לך על אשפוז עקב אחד או יותר מהנושאים הבאים: מחלת נפש, ראש, לב (לרבות צנתור), כיס מרה ודרכי המרה, כליות (לרבות אבנים בכליות ובדרכי השתן), דרכי עיכול ולבלב, 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 או האשפוז כבר בוצע וגם חלפו מאז למעלה מ-3 חודשים?					
אם ענית בשלילה יש לצרף תעודת עדכנית מהרופא המטפל המתייחס 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 הופנית במהלך חצי השנה האחרונה לבדיקות שטרם בוצעו, או שתוצאותיהן לא היו תקינות או כללו ממצא רפואי חריג? פרוט הבדיקות: ראש MRI / ראש CT					
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 כהיריון 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	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4	תקופת הביטוח	
רובד הבטיח	ביטוח רפואי פוליסה בסיסית	☒	☒	☒	☒	☒	כל תקופת הביטוח	
	חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. הכיסוי בגין איתור וחילוץ יחול במדינות בהן ניתן להפעיל כיסוי זה, בהתאם למפורט בתנאי הפוליסה" (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
	חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	☐ לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
הרחבות בתוספת תשלום								
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)							כל תקופת הביטוח	
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. אנא סמן את הפריטים: ☐ מצלמה, ☐ רחפן, ☐ תשמישי קדושה, ☐ עגלת תינוק, ☐ גלשן, ☐ כסא גלגלים, ☐ קלנועית, ☐ כלי נגינה							כל תקופת הביטוח	
ביטול/קיצור נסיעה - החזר לביטול/קיצור הנסיעה בעקבות ארוע רפואי או צו 8. בנוסף, החזר עבור שינוי תוכנית הנסיעה (לדוגמה החזר על כרטיסים, מלונות וכדומה במקרה של אישפוז מעל יומיים).							כל תקופת הביטוח	
ביטול וקיצור נסיעה מורחב - החזרים מקסימליים גבוהים יותר מהכיסוי הבסיסי. (לדוגמה, במקרה של ביטול נסיעה - החזר של עד \$10,000 לעומת \$5,000 בכיסוי הבסיסי).							כל תקופת הביטוח	
החמרה של מצב רפואי קודם							כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל למעט אם הינך בהריון.	
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים							הרחבה להריון שנרכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, 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.	
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 לביטוח הרפואי הבסיסי שכלול בפוליסה שלך, ההרחבה הזו מקנה פיצוי בגין מוות/נכות/כוויות/שברים/אשפוז כתוצאה מתאונה בחו"ל.							כל תקופת הביטוח	
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)							כל תקופת הביטוח	
מחשב אישי נישא/טאבלט עד \$2,000 דגם							כל תקופת הביטוח	
טלפון נייד עד \$750 דגם							כל תקופת הביטוח	



שם התוכנית	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3	ילד/ה 4	תקופת הביטוח
הרחבות							
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 ☐ תשלום פעם אחת עבור הרחבה זו הינו עבור כל המבוטחים הנקובים בפוליסה שהינם מעיל גיל 24. ניתן לרכוש את הכיסוי עבור חלק מתקופת הנסיעה.							
מ- / / עד- / /							

י מידע למועמד לביטוח

1. 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. 2. הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים ("הרחבה להחמרה") - התקופה המרבית להרחבה להחמרה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה. 3. פוליסת הביטוח אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות מכל הקשור ו/או הנובע מהיריון, לרבות היריון שנודע לאחר ההצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבוטחת לא עדכנה את המבטח לגביו, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון. 4. אם בחרת להסיר את הכיסוי לאיתור וחילוץ בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה. 5. אם בחרת להסיר את הכיסוי לחבות כלפי צד ג' בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה. 6. 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 לביטולה 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. 7. התנאים המלאים והמחייבים מפורטים בתנאי הפוליסה. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים המופיעים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח.	
--	--

ז הצהרת המועמדים לביטוח

1. הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל. 2. אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. א. אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הנ נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ב. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למצרים, 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 ובכל 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: פרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; https://www.harel-group.co.il/t/QMUYS; מספר *2735; קוד QR:  ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספת: ☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי על הודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל חברות בקבוצת הראל, שותפות עסקים 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 במרוכז 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 צירופך לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז 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 וגבולות 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.	
--	--

אישור סוכן הביטוח:

תאריך: שם: ת"ז: מס' רישיון:
 חתימה:  חותמת:

n

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 התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

U

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

חשבונך יחוייב בש"ח באמצעות כרטיס אשראי, לפי שער הדולר היציג האחרון שפורסם יום קודם ליום רכישת/הארכת/הרחבת הפוליסה, לפי העניין.

לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק/המשלם החריג, עלויות התפעול ו/או ניסיונות הגבייה ו/או אחרות לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל וקיימות, יושטו על המבוטח/הגורם המשלם בפוליסה.

אני החתום מטה מצהיר באת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים לפוליסה יבוצעו עבור המבוטח/ים שבנדון. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש 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 להחזיר 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: _____