

"Tour & Care" Предложение по страхованию туристов в Израиле"

Данный бланк предназначается как для мужчин, так и для женщин.
Пожалуйста, заполните данный бланк точно и полностью



Выпуск 06/2025

**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 о (отправка документов будет осуществляться в соответствии с уточненными данными, находящимися в нашем распоряжении на момент отправки).

Кому:
страховой компании "Харель Лтд".
Отдел страхования иностранных рабочих\туристов
Аба Гилель 3, п/я 101951, Рамат-Ган 5252202
факс 7348083-03, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il

Имя агента:

Номер агента:

Желаемый страховой период	
С числа	По число

A Личная информация кандидатов на страхование (до -80ти лет)					
	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Страна выдачи паспорта					
Имя					
Фамилия					
Дата рождения					
Пол	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский				
Дата прибытия в Израиль					
Гражданство					
Цель визита					
Ваш адрес в Израиле	Улица	номер дома	номер квартиры	Город	
Мобильный телефон					
Фамилия семьи, в доме которой вы проживаете					
Эл. почта для получения сообщений, информации и почтовых сообщений					

Б Выбор поставщика

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



dt33533

B 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. Пожалуйста, ответьте 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.

Является ли одной из целей прибытия в Израиль одного или нескольких застрахованных получение лечения?

Главный застрахованный	Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет

В случае, если ответ на вышеуказанный вопрос 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	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
1.									
2.									

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* <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, связанная с глазами							
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"/> другое заболевание\ проблема, связанная с сердцем							
5.	Кровеносные сосуды: <input type="checkbox"/> варикозное расширение вен на ногах <input type="checkbox"/> сужение сонной артерии <input type="checkbox"/> расстройство свертываемости <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> болезни крови <input type="checkbox"/> DVT тромбоз глубоких вен (тромбоз) <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"/> другое заболевание\ 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	
			Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
7.	Дыхательные пути: <input type="checkbox"/> астма <input type="checkbox"/> туберкулез в прошлом (полное выздоровление) <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.	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"/> другое заболевание\ проблема, связанная с пищеварительной системой?									
9.	Печень: <input type="checkbox"/> желтуха (гепатит) B, C, D <input type="checkbox"/> желтуха (гепатит) A <input type="checkbox"/> жирная печень <input type="checkbox"/> цирроз <input type="checkbox"/> другое заболевание\ проблема, связанная с печенью									
10.	Грыжа: <input type="checkbox"/> диафрагме <input type="checkbox"/> в пупке <input type="checkbox"/> в правой части промежности <input type="checkbox"/> в левой части промежности <input type="checkbox"/> в хирургическом шраме <input type="checkbox"/> в брюшной стенке									
11.	Почки и мочевыводящие пути: <input type="checkbox"/> рецидивирующие воспаления, 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"/> другое заболевание/проблема 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"/> другое заболевание/проблема 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		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
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"/> другое заболевание/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.	заболевания, диагностированные психологом, психиатром или семейным врачом: <input type="checkbox"/> депрессия <input type="checkbox"/> тревожное расстройство <input type="checkbox"/> другие психические заболевания										
18.	Ухо, нос и горло: <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"/> Другое заболевание/проблема уха, горла и носа										
19.	Вам поставили диагноз аллергия?										

*Вопрос адресован только родителю или опекуну несовершеннолетнего или недееспособного кандидата на страхование.

В Декларация о состоянии здоровья

Часть Б: Общие вопросы	Главный застрахованный	Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
20. <input type="checkbox"/> Употребляете ли вы или употребляли ли вы наркотики? Если да – <input type="checkbox"/> Гашиш/ марихуана/ грас/ каннабис <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? (направление на обследование к врачу-специалисту и/или на такие обследования, как: маммография, сканирование костей, катетеризация, сканирование сердца, эхокардиография, МРТ, КТ, УЗИ - не в качестве части наблюдения за беременностью, биопсия, анализ на скрытую кровь в кале, колоноскопия, гастроскопия, ЭЭГ, кольпоскопия и/или инвазивное исследование, требующее седации/анестезии)?									
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:									

Пожалуйста, уточните (только если вы ответили «да» на один из вопросов в Заявлении):
.....
.....

К Вашему сведению – данный полис не покрывает существующие состояния.
Г Подтверждение условий принятия

Я заранее согласен с тем, что, если в ходе процедуры андеррайтинга для меня и/или моего ребенка в возрасте до 18 лет выяснится, что предоставление запрашиваемого покрытия требует соблюдения следующих условий андеррайтинга, они будут изложены в Полисе, выданном мне и/или моему ребенку в возрасте до 18 лет, в зависимости от обстоятельств.

Страховой случай, связанный сне будет покрыт
.....
.....

Подпись кандидата на страхование

	Дата	Имя застрахованного	№ паспорта	Подпись
Главный застрахованный			
Супруг\а			
Ребенок старше 18-ти лет			
Ребенок старше 18-ти лет			
Ребенок старше 18-ти лет			

Дополнительные пакеты и гарантийные письма об оплате дополнительных страховых сборов

Покрытие	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3	Период страхования
Дополнительный пакет для медицинской воздушной перевозки						Весь период страхования
Дополнительный пакет страхования от несчастных случаев в результате несчастного случая только в Израиле			X	X	X	Весь период страхования
Дополнительный пакет об отмене исключения экстремальных видов спорта						С / / и до / / С / / и до / / С / / и до / / С / / и до / /
Гарантийное письмо: Медицинский менеджер						Весь период страхования
консультация						Весь период страхования

E Декларация кандидата на страхование

1. **А. Конфиденциальность:** Страховая компания Харель ООО и Харель Пенсионный и Обеспечивающий Фонд ООО («Харель») собирают информацию для добавления к продуктам, предоставления услуг, управления жизненным циклом продуктов, обработки претензий, платежей и процедур, управления и совершенствования деятельности и услуг, предоставляемых Харель, соблюдения правовых норм, адаптации и предложения продуктов и услуг на основе персональных данных, а также в других законных целях. Как правило, предоставление информации не является юридическим обязательством, однако отказ от предоставления информации приведет к невозможности рассмотрения нами запроса и предоставления услуг. Информация будет передана страховому агенту (если таковой имеется) для обработки запросов и по всем вопросам, связанным с управлением и эксплуатацией продуктов и услуг, а также поставщикам и другим третьим лицам, уполномоченным получать ее, в связи с этими целями. Дополнительную информацию можно найти в политике конфиденциальности на веб-сайте компании Харель, где также указаны способы связи с сотрудником по защите конфиденциальности компании Харель, информация о праве на проверку и исправление, а также удаление информации из прямой почтовой рассылки по ссылке <http://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- 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 Компанией, 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 является\ются и подписью\сями, 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, явившийся 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 срок страхования начинается с даты подтверждения Страховщиком, как указано выше.

5. Рассылка рекламы:

А. Уведомление о получении рекламы от компании:

Предоставленные вами данные будут использоваться для рассылки рекламы от компании по электронной почте, через систему автоматического набора номера или в текстовых сообщениях (СМС). Вы можете отказаться в любое время по адресу: <http://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ns.co.il, номер 2735*, QR-код:



Б. Согласие на получение дополнительной рекламы:

Помимо рекламы, которую Компания может отправлять мне в соответствии с вышеуказанным уведомлением, я также хочу получать рекламу услуг и продуктов от всех компаний группы Харель, их деловых партнеров и третьих лиц по электронной почте, через систему автоматического набора номера или в текстовых сообщениях.

*Группа Харель – «Харель Ашкот бэ-Битуах вэ-Шириутим Финансим Лтд.» и ее дочерние компании.

Обратите внимание: отсутствие отметки не будет считаться отказом от получения рекламы от Компании (как подробно описано в разделе А выше) и не отменяет ранее полученное согласие. Вы можете отозвать свое согласие в любое время.

6. Отказ от соблюдения врачебной тайны: я\мы, нижеподписавшийся\ися, 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, в той мере, в какой это требуется для расследования и урегулирования претензий в соответствии с полисом и\или в целях процедуры проверки моего принятия в запрашиваемый страховой план, предоставлять Харель, включая любую информацию, имеющуюся в распоряжении Компании, и подробности без исключений и в форме, требуемой запрашивающими ее лицами, о моем/нашем состоянии здоровья, о любых заболеваниях, которые я\мы болел/болели в прошлом и\или которыми я\мы болеем в настоящее время и\или будем болеть в будущем, и я\мы освобождаем вас от обязанности сохранения врачебной тайны и отказываемся от этой конфиденциальности по отношению к «запрашивающему лицу».
- 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.
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.

Заявление кандидата на страхование

Подпись кандидата на страхование

	Дата	Имя застрахованного	№ паспорта	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	У. Л	Полное имя	Подпись

3 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: Подпись агента:

И 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)	Действительна до /	№ карты
Можно разделить сумму на несколько платежей в соответствии с длительностью страхового периода		
Кол-во дней	1-90	91-181
Кол-во платежей	1	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
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.

К вашему сведению, если компания-эмитент кредитной карты/банк не осуществит оплату страхового взноса, то комиссия, взимаемая Компанией за повторное списание с вас средств, если таковая будет списана, будет взыскана с использованием существующих способов оплаты по полису.

Дата	Имя владельца кредитной карты	Подпись владельца кредитной карты
------	-------------------------------	-----------------------------------

Дополнительная информация относительно политики конфиденциальности субъектов корпоративных отношений в группе "Харель" доступна на сайте группы, адрес которого www.harel-group.co.il.