

שם הסוכן: .....

מס' הסוכן: .....

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

לתשומת לבך:  
הארכת הפוליסה תהייה בהתאם לכיסויים הקיימים בפוליסה אותה אתה מעוניין להאריך.  
עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

## א פרטי הנסיעה לתקופת הביטוח הנוספת

מספר פוליסה		מ- / / - עד / / -	לתקופת ביטוח נוספת מ- / / - עד / / -
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: <a href="https://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx">https://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx</a> יעד הנסיעה: נא פרט את המדינות בהן אתה מבקר: <input type="checkbox"/> ארה"ב (מ- / / - עד / / -) <input type="checkbox"/> אירופה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> אוסטרליה <input type="checkbox"/> דרום אמריקה			
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה			
גיל המבטח		תקופה מירבית לפוליסה	
0-60		45 יום	
30-70		30 יום	
71-80		15 יום	
81-85		10 יום	
86-95		7 יום	

## ב הנני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה

כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Email

## ג פרטי המועמדים לביטוח

הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הנני מצהיר כי המבוטחים הם תושבי ישראל  כן

מבטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מבטח ראשי	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
בן/ת זוג	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 1	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 2	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 3	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ילד/ה 4	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				

לתשומת לבך, הכיסוי להיריון עד שבוע 32 (כולל) והינו עד גיל 42. החל מגיל 42 ו/או הגעה לשבוע 33 לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהיריון.  
לתשומת לבך, הכיסוי להחמרה הינו עד לתקופה המירבית בהתאם לסעיף א' לעיל. החל ממועד סיום התקופה המירבית לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהחמרה של מצב רפואי קודם.

שם התוכנית	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4	תקופת הביטוח
ספורט אתגרי (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להיריון)							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.
ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להיריון)							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) רכישת כיסוי זה הינה למבטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.

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: <https://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 מהיריון, לרבות היריון שנודע לאחר הצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבוטחת לא עדכנה את המבטח לגבי, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להיריון.
- 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 בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחד או יותר מהכיסויים האחרים שרכשת יחד עם פוליסת הבסיס, ומבלי שביטול הכיסוי יגרום 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 שגילו לפוליסת הבסיס.

הצהרת המועמדים לביטוח

- הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
- אני החתום/מה מטעם מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. א. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. ב. אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ג. 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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
			מבטח ראשי
			בן/בת הזוג
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

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

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי גביה: 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'		יישוב	
מיקוד		מס'		מיקוד	
טלפון		טלפון נייד		טלפון	
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. החיוב יהיה בש"ח לפי שער הדולר היציג ביום בו ישלח החיוב לחברת האשראי. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p>					
תאריך:		חתימת בעל הכרטיס: 			

