

הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל - דרכון פרימיום

ההצטרפות לפוליסת ביטוח הנסיעות דרכון פרימיום מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הבריאות של הראל ש"פ פרימיום, וברשותך נספח ברות ביטוח נסיעות לחו"ל פרימיום.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מהדורת 12/2022

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

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

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

א פרטי הנסיעה

מ- / / -עד / /	
יעד הנסיעה:	
<input type="checkbox"/> אירופה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> אוסטרליה <input type="checkbox"/> מרכז ודרום אמריקה <input type="checkbox"/> קנדה <input type="checkbox"/> אפריקה <input type="checkbox"/> ארה"ב (מ- / / -עד / /)	
נא פרט את המדינות בהן בכוונתך לבקר:	
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית למימוש כסיו ביטוח הינה 30 יום.*	
תקופה מרבית לפוליסה	גיל המבוטח
30 יום	0-95
לתשומת ליבך:	
1. תנאי לרכישת הפוליסה היא הימצאות המבוטח בארץ. רכישת הפוליסה באמצעות מילוי הטופס מהווה הצהרה כי הינך מצוי בארץ בעת הרכישה. 2. כסיו ברות ביטוח נסיעות לחו"ל פרימיום מקנה לך זכאות לרכישה של עד 30 ימי ביטוח נסיעות לחו"ל במצטבר לכל שנת ביטוח הבריאות היסודי שלך. רכישת הארכה עבור תקופה נוספת מעבר ל-30 ימים כאמור, הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.	

ב הנני מבקש לבטח אותי

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

ג פרטי המועמד לביטוח

הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הנני מצהיר כי אני תושב ישראל כן

מבטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית	תאריך לידה
מבטח ראשי	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				

ד הצהרת בריאות (יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה)

מבטח ראשי	לא	כן
השאלה מיועדת לרכישת הרחבה להריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להריון (כולל)		
1. האם הנך בהיריון?		
1.1. מה שבוע ההריון הנוכחי?		
1.2. האם ההריון מוגדר כהריון בסיכון ו/או מרובה עוברים, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל? במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.		
<input type="checkbox"/> אם הנך בהריון (שאינו הריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להריון. <input type="checkbox"/> 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 להריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח.		



שם התוכנית		מבוטח ראשי	תקופת הביטוח
ביטוח רפואי פוליסה בסיסית		<input checked="" type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח
חובת כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	חופש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן). הכיסוי לאיתור וחילוץ, ככל שנרכש במסגרת הפוליסה, לא יחול בארצות שלהלן: עומאן, ערב הסעודית, עיראק, סוריה, לבנון, לוב, כווית, אלג'יריה, אפגניסטן, מאוריטניה, מלזיה, אינדונזיה, ניז'ר, איראן, סומליה, סודאן, פקיסטן, צ'אד, קוריאה הצפונית, יבשת אנטרקטיקה, תימן, מדינה שאינה מקיימת יחסים דיפלומטיים עם ישראל לרבות נציגות דיפלומטית, ושטחים בשליטה או ניהול של הרשות הפלסטינית או שטחים מוחזקים על ידי גורמי טרור.	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
		<input type="checkbox"/> לא מעוניין	כל תקופת הביטוח
הרחבות			
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)			
ביטול וקיצור נסיעה (מסיבה רפואית) כולל כיסוי בסיסי למגיפה (קורונה)			
ביטול או קיצור נסיעה כתוצאה ממגיפה (קורונה) עם תקרת החזר מוגדלת ניתן לרכוש הרחבה זו בכפוף לרכישת הרחבה לביטול וקיצור נסיעה.			
החמרה של מצב רפואי קודם		<input checked="" type="checkbox"/>	כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל.
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים ככל שההיריון יוגדר כהריון בסיכון, לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהריון.			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 (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			מ- / / - עד / / -
ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)			מ- / / - עד / / -
מחשב אישי נישא/טאבלט דגם			כל תקופת הביטוח
טלפון נייד דגם			כל תקופת הביטוח
אופניים דו גלגליים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אנא סמן גבול אחריות מבוקש: \$6,000 <input type="checkbox"/> \$4,500 <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> דגם			כל תקופת הביטוח
תאריך רכישת האופניים			
ערך האופניים ב-ש			
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) רכישת כיסוי זה הינה למבוטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבוטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.			מ- / / - עד / / -

1 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 שנודע 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 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. במקרה של תמחור מראש של מספר כיסויים הנמכרים יחד, במחיר מופחת, לא ישתנה המחיר בשל ביטול כיסוי אחד ו/או יותר. במקרה של ביטול פוליסת הבסיס, יבוטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.

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. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
 - 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 יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח/בינך/לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
 - א. אני מסכים, מעבר לתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיכם, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, חיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתכם מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותכם, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. לא כן
 - ב. הרינו להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.
 - מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.
 4. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים ובלולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.
 5. הרני מאשר שבמסגרת תהליך הצירוף לפוליסה וכחלק מהליך החיתום, ייתכן ותידרש על ידי החברה לרכוש בעלות נוספת הרחבה לכיסוי הריון, וזאת כתנאי לקבלה לביטוח.
 6. בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.
 7. 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 צירוף 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.

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה

אישור סוכן הביטוח:

תאריך: שם: ת"ז: מס' רישיון: חותמת:

ח 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 בירתתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/והם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן:

ט תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי גביה: בהתאם להסדר של המבטח/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
טלפון	טלפון נייד		

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 שיובצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר 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.

תאריך: חתימת בעל הכרטיס:

