

מס' סוכן : \_\_\_\_\_  
שם סוכן : \_\_\_\_\_  
דוא"ל : \_\_\_\_\_  
טלפון : \_\_\_\_\_  
מס' פוליסה : \_\_\_\_\_

## הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל

### הכשרה go Travel - מהדורה 11.2022

א.ג.נ  
הנני מבקש בזה, לרכוש ביטוח, על יסוד הפרטים הרשומים מטה ובהתאם לתנאים המפורטים בפוליסה לביטוח נוסעים לחו"ל של חברתכם.  
- תנאי לרכישת פוליסה היא המצאות כל המבוטחים בישראל.

**1. יעד נסיעה:** \_\_\_\_\_  
כל ארץ חוץ מישראל ושטחי הרשות הפלסטינית כמפורט בדף הרשימה  
חתימת המציע x \_\_\_\_\_

2. פרטי המציע/המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	תאריך לידה
כתובת: רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
כתובת מייל:	טלפקס/פיון/נייד		

**3. תקופת הביטוח:**  
נסיעה חד פעמית מתאריך \_\_\_\_\_ (יום יציאה מהבית) עד תאריך \_\_\_\_\_ (יום החזרה לבית)

**4. האם אחד מהנוסעים מתכנן לקבל טיפול רפואי מכל סוג שהוא במהלך השהות בחו"ל?**  
כן  לא

**5. שמות ופרטי האנשים הנוסעים בחו"ל:**

שם פרטי + משפחה	תאריך לידה	מסלול ורכישת אגרות זהות
		מבוטח ראשון
		מבוטח שני
		מבוטח שלישי
		מבוטח רביעי
		מבוטח חמישי

**6. ויתור על כיסויים בפוליסה:**  
אני מבקש בזאת לוותר על:  כיסוי לחבות כלפי צד שלישי  כיסוי איתור וחילוץ  חתומת המציע: x \_\_\_\_\_

**7. הרחבות תמורת פרמיה נוספת:**  
ביטול/קיצור נסיעה למבוטח ולמלווה ובתנאי שההרחבה נרכשה לכל הנוסעים בפוליסה זו.  כן  לא   
מקיף קורונה ( ביציאה מהארץ בחזרה לארץ/בחו"ל)  כן  לא   
ביטול נסיעה עקב בידוד בארץ עד 7 ימים לפני תאריך היציאה מהארץ \* מותנה באישור משרד הבריאות בכפוף ל 3 ימי אכשרה מיום רכישת ההרחבה.  
מניעה לעלות לטיסה / הפלגה / בעקבות מחלה (נשא של הנגיף) עד שבוע לפני תאריך היציאה מהארץ.  
הארכת שהות בחו"ל עקב מגיפה או בידוד -מניעת עלייה למטוס/הפלגה / בעקבות תסמינים בחו"ל \* כנגד הצגת אישור רשמי.  
ביטול נסיעה עקב סגר בחו"ל - עבור שינוי או רכישה של כרטיס טיסה חדש.

מבטח 6		מבטח 5		מבטח 4		מבטח 3		מבטח 2		מבטח 1		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כיסוי לכבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ספורט חורף
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ספורט אתגרי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סיכוני הריון: שבוע ההריון של מבטחת הנכללת בביטוח הוא: <b>לידיעתך הכיסוי מוגבל עד לשבוע 31 להריון ועד גיל 42 (כולל).</b> <b>* ככל שמדובר בהריון בסיכון גבוה לא תתאפשר רכישת הרחבה זו.</b>
מבטח 6		מבטח 5		מבטח 4		מבטח 3		מבטח 2		מבטח 1		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גניבת מכשיר טלפון נייד, מצלמה, מחשב נייד / טאבלט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גניבת מכשיר טלפון נייד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גניבת מכשיר מצלמה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גניבת מחשב נייד/טאבלט
מבטח 6		מבטח 5		מבטח 4		מבטח 3		מבטח 2		מבטח 1		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור בחו"ל (רכישת הכיסוי מוגבלת לנהגים מגיל 24 ועד גיל 75 שאינם נהגים חדשים)
מבטח 6		מבטח 5		מבטח 4		מבטח 3		מבטח 2		מבטח 1		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	החמרה של מצב רפואי קודם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם אחד או יותר מהמבטוחים סובל/ת ממחלה כרונית ו/או ממחלה שבשלה הוא/ היא נמצא/ת בטיפול או השגחה (לרבות אשפוז, חדר מיון, ניתוח, תוצאות בדיקות לא תקינות ו/או בדיקות אבחון) במהלך ששת החודשים האחרונים? האם הנך נוטל/ת טיפול תרופתי באופן קבוע (למעט תרופות לחץ דם, כולסטרול, מיגרנה, גלולות נגד הריון, תרופות לבלוטת התריס, קשב וריכוז, בעיות שינה, טיפול הורמונלי, ויטמינים או תוספי מזון).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בהמשך להצהרתך בשאלות הקודמות האם אחד או יותר מהמבטוחים קיבל את אחד מהטיפולים או חלה באחת מהמחלות הבאות:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טיפולים במרפאת כאב, מחלת מעיים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עירוי דם, מחלת לב, הפרעות בקצב הלב ו/או פרודוריס, אירוע מוחי, מחלה במערכת העצבים סיסטיק פיברוזיס, פרקינסון, מחלת ריאות, קרישיות יתר, אפילפסיה, נכות חלקית או צמיתה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טיפולים אונקולוגיים, סרטן (שטרם חלפו 6 חודשים מיום מתן טיפול אחרון ו/או מחלת סרטן כרונית), או ספיקת כליות, טיפול דיאליזה, השתלת איברים, COPD סוכרת תלוית אינסולין.
* לתשומת ליבך במידה והשבת בחיוב לאחת השאלות דלעיל ולאור העובדה כי הכיסוי הבסיסי אינו מכסה החמרה של מצב רפואי קודם, באם הינך מעוניין/ת לרכוש את ההרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם, יבוצע בטרם רכישת ההרחבה, חיתום רפואי במהלכו יתכן ותבקש להמציא אישורים רפואיים.												
* במידה והינך מאובחן כחולה קורונה או הינך ממתין לתוצאות בדיקת קורונה או שניתנה לך הפניה לבדיקת קורונה שטרם בוצעה לא נוכל לקבלך לביטוח.												
* לתשומת ליבך מצב רפואי שאינו מופיע ברשימת המחלות דלעיל אינו מכסה.												
* במידה והינך נדרש לרכוש הרחבה למצב רפואי קודם לא ניתן לקנות הרחבה לסיכוני הריון, ספורט חורף וספורט אתגרי.												

**78. הודעת הסכמה לשימוש במידע**

- אני מאשר/ת בזאת:
- (1) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מטעמי ובין שהגיע לחברה באופן אחר) ישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח ו/או גורם מטעמם.
  - (2) המידע והנתונים שמסרתי ישמשו את החברה ו/או גורם מטעמה בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה, המפורסמת באתר האינטרנט של החברה, ובין היתר, לשם בחינת ההצעה, הוצאת פוליסות, ניהול שוטף של תיק הביטוח ו/או מוצרים או שירותים אחרים שרכשתי בהכשרה ולמתן שירותים במסגרת הפוליסה, ולכל פעולות החברה.
  - (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה מטעמה.
  - (4) **העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:**  
אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא של החותם: \_\_\_\_\_ חתימת המציע/המבוטח: \_\_\_\_\_

**9. קבלת דבר פרסומת**

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (sms) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע ואחסונו וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו: [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח x \_\_\_\_\_

**10. הצהרות חתימת המציע/המבוטח**

- אני הח"מ מאשר בזאת מצהיר בזה שהתשובות הינן נכונות וכנות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה, הנני מסכים/מה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, כמו-כן הנני מסכים/מה שהצעה זו, תשמש יסוד לחוזה הביטוח שביני ובין "הכשרה חברה לביטוח".
- ב. הנני משחרר בזה, את בתי החולים והרופאים בישראל ובחו"ל, את קופ"ח בה אני ובני משפחתי מבוטחים, מחובת השמירה על הסודיות הרפואית והנני מפה את כוחם להמציא ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" - את כל הפרטים שיידרשו על ידם והנני מתחייב לגרום למתן יפוי- כח כזה על-ידי ועל ידיהם.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא של החותם: \_\_\_\_\_ חתימת המציע/המבוטח: \_\_\_\_\_