

למשלוח הטופס לידידים מחלקת חו"ל וסטודנטים -  
בדוא"ל: y\_health@yedidim.co.il או בפקס: 03-4354786

שם הסוכן: .....

מס' הסוכן: .....

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בטופס זה. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך 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\*:  
 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](http://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx)

## לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה

תקופה מרבית לפוליסה	גיל המבוטח
365 יום	0-50
180 יום	51-60
120 יום	61-75
60 יום	76-80
30 יום	81-95

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

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

## ג פרטי המועמדים לביטוח

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

מבוטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית	תאריך לידה
מבוטח 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				



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

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	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 שיניים, השתלת שיער, טיפולים קוסמטיים וכל עוד לא מדובר בהליך הכולל הרדמה מלאה.											
2. האם אחד או יותר מהנוסעים, לקח בחצי השנה האחרונה תרופות באופן קבוע או עבר טיפול רפואי אחר, או שהמליצו לו לקחת תרופות או לעבור טיפול רפואי אחר?											
אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול הורמונלי, ויטמינים או תוספי מזון, אלרגיה, גלולות למניעת הריון, כולסטרול, תת פעילות בלוטת המגן, קשב וריכוז, לחץ דם, בעיות שינה, צרבות, ערמונית מוגדלת, מיגרנות, טיפול באספירין שלא בעקבות מחלה/ בעיה בלב/ אירוע מוחי או בעיה בקרישה.											
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 הינך נמצא בטיפול או הומלץ לך על אחד או יותר מהטיפולים הבאים:											
<input type="checkbox"/> טיפול בדיאליזה <input type="checkbox"/> טיפול בעירוי דם <input type="checkbox"/> טיפול במרפאת כאב <input type="checkbox"/> טיפול אונקולוגי, למעט טיפול משמר <input type="checkbox"/> טיפול לאחר השתלת איברים, טיפול ביולוגי/נוגד דחיה											
האם אובחנת באחד או יותר מהמצבים הרפואיים הבאים:											
<input type="checkbox"/> מחלת כליות כרונית <input type="checkbox"/> מחלה במערכת העצבים (כדוגמת טרשת נפוצה) <input type="checkbox"/> קרוהן עם התקפים בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> מחלת כבד כרונית <input type="checkbox"/> מחלה ניוונית כדוגמת ALS <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> אירוע מוחי בשנה האחרונה											
במקרה שקיימת תשובה חיובית יש לצרף תעודה 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 אחד או יותר מהנוסעים עבר בששת החודשים האחרונים או הומלץ לו על אשפוז (לרבות אשפוז יום) או ניתוח הקשור לאחד או יותר מהנושאים הבאים: מחלת נפש, ראש, לב (לרבות צנתור) כיס המרה ודרכי המרה, כליות ודרכי השתן, דרכי העיכול, ריאות, עמוד שדרה.											
לתשומת לבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בניתוח קוסמטי אסתטי, ניתוחים המבוצעים באשפוז יום או ניתוחים שאינם דורשים אשפוז.											
אם ענית בחיוב על שאלה 3 יש לענות על שאלה 3.1.											
אם ענית בשלילה יש לעבור לשאלה 4.											
3.1. האם הניתוח/האשפוז כבר בוצע וחלפו מאז למעלה משלושה חודשים?											
אם ענית בשלילה יש לצרף תעודה 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 אחד או יותר מהנוסעים הופנה במהלך חצי השנה האחרונה: לבדיקות שטרם בוצעו, או שתוצאותיהן לא היו תקינות או כללו ממצא רפואי חריג? פרוט הבדיקות: MRI (ראש או עמוד שדרה) CT (ראש או עמוד שדרה), אקו לב, דופלר עורקי צוואר, בדיקת מאמץ, הולטר לב.											
במקרה שהתשובה חיובית (בשאלה 4) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבדיקות הרפואיות אליהן הופנית, הסיבות לבדיקה ובמידה ובוצעו, התייחסות לתוצאות והמלצות להמשך טיפול ומעקב.											
האם אובחנת או עברת בשנתיים האחרונות (מיועד לנוסעים לארה"ב בלבד):											
<input type="checkbox"/> אירוע מוחי מכל סוג <input type="checkbox"/> מחלת לב (לדוגמה: התקף לב, צנתור, ניתוח מעקפים, הפרעות קצב או בעיית לב אחרת) <input type="checkbox"/> היצרות בעורקי הצוואר (קרטיס)											
אם ענית בחיוב על שאלה 5 ויעד הנסיעה הינו ארה"ב יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים.											
אם ענית בחיוב על שאלה 5 ויעד הנסיעה אינו ארה"ב יש לענות על שאלה 5.1.											
5.1. מתי היה האירוע האחרון ו/או הניתוח שעברת עקב בעיה זו: <input type="checkbox"/> במהלך ה-12 החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> מעל ה-12 החודשים האחרונים											
במקרה שהתשובה במהלך השנה האחרונה יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים.											
במקרה שהתשובה הינה יותר משנה עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
הרחבה להיריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להיריון (כולל)											
6. האם הנך בהיריון?											
6.1. מה שבוע ההיריון הנוכחי? .....											
6.2. האם ההיריון מוגדר כהריון 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.											
<input checked="" type="checkbox"/> אם הנך בהיריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להיריון. <input checked="" 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 להיריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח.											

44089.41 ת.ד. 33529



שם התוכנית							מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4	תקופת הביטוח
ביטוח רפואי פוליסה בסיסית							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח
<p>חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. הכיסוי לאיתור וחילוץ, ככל שנרכש במסגרת הפוליסה, לא יחול בארצות שלהלן: עומאן, ערב הסעודית, עיראק, סוריה, לבנון, לוב, כווית, אלג'יריה, אפגניסטן, מאוריטניה, מלזיה, 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. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).</p>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח
<p>חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).</p>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח
<b>הרחבות</b>													
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)													כל תקופת הביטוח
<p>כיסוי מיוחד לפריט יקר ערך מהרשימה עד \$2,000 *בתנאי שנרכש כיסוי הרחבה וכן נרכש כיסוי זה והפריט יקר הערך צוין במפורש בדף הרשימה שבפוליסה. אנא סמן את הפריטים/ים: <input type="checkbox"/> מצלמה, <input type="checkbox"/> רחפן, <input type="checkbox"/> תשמישי קדושה, <input type="checkbox"/> עגלת תינוק, <input type="checkbox"/> גלשן, <input type="checkbox"/> כסא גלגלים, <input type="checkbox"/> קלנועית, <input type="checkbox"/> כלי נגינה.</p>													כל תקופת הביטוח
<p>ביטול/ קיצור נסיעה - החזר לביטול/קיצור הנסיעה בעקבות ארוע רפואי או צו 8. בנוסף, החזר עבור שינוי תוכנית הנסיעה (לדוגמא החזר על כרטיסים, מלונות וכדומה במקרה של אישפוז מעל יומיים).</p>													כל תקופת הביטוח
<p>ביטול וקיצור נסיעה מורחב - החזרים מקסימליים גבוהים יותר מהכיסוי הבסיסי. (לדוגמא, במקרה של ביטול נסיעה - החזר של עד \$10,000 לעומת \$5,000 בכיסוי הבסיסי.)</p>													כל תקופת הביטוח
<p>החמרה של מצב רפואי קודם</p>													כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל למעט אם הינך בהריון.
<p>היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים ככל שההיריון יוגדר כהריון בסיכון, לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהריון.</p>													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.
<p>ספורט אתגרי (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)</p>													מ- / / - עד- / / -
<p>ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)</p>													מ- / / - עד- / / -
<p>ספורט מקצועני (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)</p>													מ- / / - עד- / / -
<p>תאונות אישיות בנוסף לכיסוי הבריאות הבסיסי שכלול בפוליסה שלך, הכיסוי הזה מקנה פיצוי בגין מוות/נכות/כוויות/שברים/אשפוז כתוצאה מתאונה בחו"ל.</p>													כל תקופת הביטוח
<p>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)</p>													כל תקופת הביטוח
<p>מחשב אישי נישא/טאבלט עד \$2,000 דגם .....</p>													כל תקופת הביטוח
<p>טלפון נייד עד \$750 דגם .....</p>													כל תקופת הביטוח

12/2024 44089.41 הודעה ראו



שם התוכנית	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה/ה 1	ילדה/ה 2	ילדה/ה 3	ילדה/ה 4	תקופת הביטוח
<b>הרחבות</b>							
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: ..... תאריך רכישת האופניים: ..... ערך האופניים ב-ש: .....							עד 90 יום
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) עד \$1,500 <input type="checkbox"/> עד \$6,000 <input type="checkbox"/> 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](http://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 ההצטרפות לביטוח ולפני הנסיעה והמבוטחת לא עדכנה את המבוטח 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. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר כיסויים שונים, אשר תומחרו מראש יחד. במקרה של ביטול פוליסת הבסיס, יבטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.

**2 הצהרת המועמדים לביטוח**

- הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
- אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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.
- אני מצהירה בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
  - 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 ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
- האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה), ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.  כן  לא
- הריון 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](http://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. 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה 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](http://www.harel-group.co.il).
- 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 צירוףך לפוליסה. לידעתך, 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](http://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.
- הרני 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.
- הרני 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.
- 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.

12/2024 44089.41 תדיר/הראל

**ז הצהרת המועמדים לביטוח - המשך**

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

אישור סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ 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 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:

**ט 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	

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.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס:

12/2024 44089.41 ת"ד 33544

