

Предложение по страхованию туристов в Израиле "Tour and Care"



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

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 (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 1951, Рамат-Ган 5211802, факс 03-7348083, эл.
почта: fax7930@harel-ins.co.il

Желаемый страховой период			
С числа		По число	

Имя агента:

Номер агента:

А Личная информация кандидатов на страхование (до -75ти лет)

	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Имя					
Фамилия					
Дата рождения					
Пол	☐ Мужск ☐ Женский	☐ Мужск ☐ Женский	☐ Мужск ☐ Женский	☐ Мужск ☐ Женский	☐ Мужск ☐ Женский
Дата прибытия в Израиль					
Гражданство					
Цель визита					
Адрес					
Мобильный телефон					
Эл. почта для получения сообщений, информации и почтовых сообщений	@.....				

Б Выбор поставщика

☐ Частная система компании "Харель" ☐ Больничная касса "Клалит"

В 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. Нужно ответить 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.											
Часть 1: в процессе разъяснения явления или болезни, который еще не закончился		Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
1	Направляли ли Вас в течение двух последних лет и\ или проходите ли Вы в настоящее время следующие медицинские проверки и\или диагностирование, которое еще не окончено и в отношении которых не был получен окончательный диагноз, например: шунтирование, обследование сердца, эхокардиография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование (не в качестве части обычного наблюдения за беременностью), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия, гастроскопия.										



^dt33533

В Декларация о состоянии здоровья

Часть 2: были ли у Вас диагностированы болезни, явления, расстройства, связанные с одной или несколькими из тем, перечисленных далее: Да		Главный застрахованный		Супруг(а)		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
1	Нервная система (неврология) и мозг: ☐ Нервная система ☐ инсульт ☐ рассеянный склероз ☐ мышечная дистрофия										
2	Почечная недостаточность										
3	Дыхательная система: ☐ хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) ☐ муковисцидоз										
4	Злокачественные заболевания или опухоли										
5	Заболевания иммунной системы: ☐ СПИД и / или носительство ВИЧ ☐ волчанка										

Уточните:

.....

.....

.....

К Вашему сведению – данный полис не покрывает уже существующие состояния.

Г Декларация кандидата на страхование

- Информация, включенная в данный документ, является необходимой для Вашего присоединения к полисам, а также во всех иных аспектах, связанных с полисами и с работой с таковыми. Компания и другие компании группы "Харель" ("Харель – страховые инвестиции и финансовые услуги Лтд." и ее дочерние компании) и/или кто-либо, действующий от их имени, будет использовать таковую, включая ее обработку, хранение и использование в любых вопросах, связанных с данным полисом и в других легитимных целях, несмотря на то, что данная информация будет передаваться третьим лицам, действующим от ее имени и по поручению компании "Харель".
- Заявляю(ем), что все ответы являются верными, полными и предоставлены мной\ нами добровольно.
- Ответы, указанные в данной декларации о состоянии здоровья и любая другая информация, предоставляемая Компании, 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.
- 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,
- 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 являются\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.

К Вашему сведению:

- Предыдущее медицинское состояние: страховой случай, представляющий собой реальный фактор, являвшийся 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:
 - Менее 65-ти лет – будет действителен в течение периода, который не превысит одного года с начала страхового периода.
 - 65 лет или более – будет действителен в течение периода, который не превысит полугода с начала страхового периода.
- Данная медицинская страховка требует соблюдения квалификационного периода, продолжительность которого составляет 48 часов.
- 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, страховой период начнется с того дня, когда будет получено подтверждение страхователя, как указано выше.
- Отказ от соблюдения врачебной тайны:** я\мы, нижеподписавшийся\иеся, 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, если это требуется для разъяснения прав и обязанностей в соответствии с данным полисом и/или для процесса изучения возможности моего приема в желаемую страховку, передавать компании "Харель" любую информацию, включая находящуюся в распоряжении Компании, а также личные данные без исключений и таким образом, которым этого потребуют\ют проситель\и, относительно состояния моего \нашего здоровья и всех болезней, которыми я\мы болел\и в прошлом и/или болею(ем) в настоящее время и/или тех, которыми я\ мы будем болеть в будущем, и я\ мы освобождаю(ем) вас от обязанности соблюдения врачебной тайны, и отказываю(сь)емся от этой тайны в отношении "просителя". 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.



^dt33533

Д	Согласие на использование информации Согласны ли вы с тем, что кроме того, к чему обязывает закон или соглашение, информация, включенная в данный документ, а также дополнительная информация о нас, которая находится или будет находиться в распоряжении других компаний группы "Харель" ("Харель Ашкаот бэ-Битуах вэ-Шерутим Финансиим Лтд." и ее дочерних компаний), будет использоваться компаниями группы и/или кем-либо, действующим от имени таковых и во всех вопросах, связанных с другими товарами и услугами компаний, входящих в группу "Харель" (в сфере страхования, долгосрочных сбережений и финансов) и в торговле таковыми, включая и то, что позволит компаниям, как указано выше, доводить до нашего сведения информацию о товарах и услугах, а также использовать таковую дополнительными способами, сопутствующими указанным выше, и требующимися для завершения таковых, даже посредством передачи информации третьим лицам, действующим от имени и по поручению группы «Харель» Да Нет
----------	--

Е	Подпись кандидата на страхование				
	Дата	Имя застрахованного	№ у. л.	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

Ё	заявление агента (этот пункт должен обязательно быть подписан агентом) Заявление агента для выяснения потребностей кандидата и предложение, соответствующее его потребностям: Я подтверждаю, что в рамках процесса продажи я интересовался потребностями кандидата\ов на включение в страховку в соответствии с указаниями циркуляра инспектора по вопросам страхования в отношении присоединения к страховке, и предложил ему\ им страховку, которая соответствует его\ их потребностям. Дата Имя агента Подпись агента
----------	---

Ж	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 91-180 Кол-во платежей 1 ☐ 1 ☐ 2		
	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. Взимание оплаты будет выполняться в шекелях, в соответствии с официальным обменным курсом доллара, существующим на тот день, когда в кредитную компанию будет отправлено уведомление о взимании платы.		
	Дата	Имя владельца кредитной карты	Подпись владельца кредитной карты

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

