

Предложение по страхованию туристов в Израиле "Tour and Care"



Данный бланк предназначается 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.

Желаемый страховой период					
С числа			По число		

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).

Имя агента:

Номер агента:

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

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

	Главный застрахованный	Супруга	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Имя					
Фамилия					
Дата рождения					
Пол	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> 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.

Является ли одной из целей прибытия в Израиль одного или нескольких застрахованных получение лечения?	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да

В случае, если ответ на вопрос 1 является положительным, мы не сможем застраховать вас.

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.									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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: <input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> инсульт <input type="checkbox"/> рассеянный склероз <input type="checkbox"/> мышечная дистрофия									
2	Почечная недостаточность									
3	Дыхательная система: <input type="checkbox"/> хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) <input type="checkbox"/> муковисцидоз									
4	Злокачественные заболевания или опухоли									
5	Заболевания иммунной системы: <input type="checkbox"/> СПИД и / или носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> волчанка									

Уточните:

.....

.....

.....

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

Г Расширения за дополнительные страховые взносы

Покрытие	Главный застрахованный	Супруг\а	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3	Ребенок 4
Медицинская авиаперевозка						
Смерть или утрата органов						



Д Декларация кандидата на страхование

1. А. 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".
- Б. Заявляюем, что все ответы являются верными, полными и предоставлены мной\ нами добровольно.
- В. 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.
- Г. 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,
- Д. 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.
- Е. Я подтверждаю, что мне была передана существенная информация в отношении данной страховки, которая включала в себя как, минимум, описание основ данного покрытия, страховой премии, страхового периода, основных страховых сумм и основных границ ответственности, а также информацию о том, каким образом Вы можете получить полную информацию о таковых.

К Вашему сведению:

2. 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:
 1. Менее 65-ти лет – будет действителен в течение периода, который не превысит одного года с начала страхового периода.
 2. 65 лет или более – будет действителен в течение периода, который не превысит полугода с начала страхового периода.
3. Данная медицинская страховка требует соблюдения квалификационного периода, продолжительность которого составляет 48 часов.



Д Декларация кандидата на страхование

4. 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.
5. **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.
6. **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 отказываюсь/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.
7. Присоединяясь к данному полису, вы уполномочиваете своего страхового агента, занимающегося данным полисом, подавать и получать от вашего имени/ для вас все уведомления и/или документы, связанные с процессом подписания, а также с процессом присоединения к полису.

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

Е заявление агента (этот пункт должен обязательно быть подписан агентом)

Заявление агента о соблюдении указаний циркуляра инспектора, ответственного за вопросы страхования, по вопросу присоединения к страховке:

я подтверждаю, что в рамках процесса продажи товаров, перечисленных в данном бланке присоединения, я соблюдал все указания циркуляра инспектора, ответственного за вопросы страхования в отношении присоединения к страховке, и, в частности, исследовал потребности кандидата/ов, предлагал страховку и/или добавлял покрытия, расширения или указания по обслуживанию, относящиеся к существующему страховому полису, соответствующие его/ их потребностям, и передал ему/им всю необходимую и существенную информацию.

Дата

Имя агента

Подпись агента



Е 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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Код почтового района	Город	Улица и номер дома
Адрес эл. почты		телефон
<p>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.</p> <p>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.</p>		
.....
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.

