

נא להחזיר חתום לפקס מס' 077-3334599

א.ג.נ.,

הנדון: בקשה להארכת ביטוח נסיעה לחו"ל.

אם תמה תקופת הביטוח בפוליסה הבסיסית, תמולא הבקשה אך ורק ע"י המבוטח/ת.

א. אני מבקש/ת להאריך את תקופת הביטוח מיום ____/____/____ עד יום ____/____/____ (להלן הפוליסה החדשה).
למבוטח/ת: שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
אשר בוטח/ה בפוליסת נסיעה לחו"ל שמספרה _____ - _____ - _____ (להלן הפוליסה הבסיסית)
לתקופת ביטוח מיום ____/____/____ עד יום ____/____/____.

ב. הצהרת המבוטח/ת - אני מצהיר/ה כי:

- לא חל שינוי במצב בריאותי מיום שיצאתי מישראל ועד תאריך חתימתי על מסמך זה.
- אני בריא/ה ולמיטב ידיעתי איני זקוק/ה לטיפול רפואי כלשהו, היום או בעתיד.
- ידוע לי כי המבטח אינו אחראי לכל אירוע ותוצאותיו שארע לאחר תום תקופת הביטוח בפוליסה הבסיסית ולפני תאריך תחילת הביטוח בפוליסה החדשה.
- ידוע לי שתחילת הביטוח בפוליסה החדשה תהיה מיום קבלת בקשתי זו ואישורה ע"י המבטח, ורק במידה ושולמו למבטח דמי הפוליסה במלואם.
- אין לי כל תביעה, מכל מין וסוג, כלפי המבטח בגין תקופת הביטוח בפוליסה הבסיסית.
- ידוע לי כי הארכה אשר הסתבר בדיעבד, אפילו הוצאה בתום לב, כי בעת עריכתה לא הייתי יכול/ה לחתום על הצהרה זו, שכן הייתי חולה ו/או במצב בריאות לקוי ו/או בטיפול רפואי, לא תחייב את המבטח ולא תהא באחריותו. במקרה זה תתבטל הפוליסה החדשה מתחילתה ודמי הביטוח של הפוליסה החדשה יוחזרו לי.
- ידוע לי שתוכנית הביטוח בפוליסה החדשה תהיה זהה לתוכנית הביטוח שבפוליסה הבסיסית, ובתנאי שטרם חלפה תקופת הביטוח המירבית.
- ידוע לי כי טופס בקשה זה אינו מהווה פוליסת ביטוח, ובכל מקרה הכיסוי הביטוחי מותנה באישור המבטח.
- ידוע לי שהפוליסה החדשה אינה מכסה מצב מחלתי הקיים מלפני תחילת הביטוח (בדרכון זהב יש כיסוי להחמרה במצב בריאות קיים).
- ידוע לי כי אם בקשתי זו הגיעה למבטח לאחר תום תקופת הביטוח בפוליסה הבסיסית, אזי בניגוד לאמור בסעיף 7: א. בפוליסה החדשה תהא תקופת אכשרה של 7 ימים, למעט במקרה של אירוע תאונתי ו/או אשפוז חירומי. ב. בפוליסה החדשה לא יהיה כיסוי לכבודה (מטען אישי נלווה).
- פקס בחו"ל (או פקס ושם איש קשר בישראל) _____

תאריך חתימת המבוטח/ת (הצהרה זו תחתם רק ע"י המבוטח/ת)

<p>ג. הורי המבוטח ו/או חבריו רשאים לבקש הארכה לביטוח עבורו, בתנאי מפורש שלא תמה תקופת הביטוח בפוליסה הבסיסית.</p> <p>הצהרת המבקש/ת - הנני מצהיר/ה כי:</p>			
<p>1. דיברתי עם המבוטח/ת ב-24 שעות האחרונות והוא/היא ביקש/ה ממני להאריך את הפוליסה הבסיסית כאמור לעיל.</p>			
<p>2. המבוטח/ת אישר/ה בפני שידועים לו/ה תנאי הביטוח ובמיוחד החריגים הקשורים למצב בריאות קיים.</p>			
<p>3. הבאתי לידיעתו/ה את האמור בסעיפים 9-1 לעיל והמבוטח/ת אישר/ה כי ידוע לו/ה שאחריות המבטח מותנית בכך שהיה/תה יכול/ה היה/תה לחתום על הצהרה שדלעיל בהיותו/ה עומד/ת בכל התנאים שפורטו בסעיפים אלו.</p>			
תאריך	שם המבקש/ת	חתימת המבקש/ת	קירבת המבקש/ת למבוטח
@			
כתובת דוא"ל למשלוח הפוליסה		מס' טלפון של המבקש/ת	

למען הסר ספק - טופס זה, אינו מהווה פוליסת ביטוח

- לשימוש פנימי בלבד -

שם הסוכן _____

מספר סוכן _____

מספר פוליסה _____



תשלומי פרמיה בכרטיס אשראי

ניתן לשלם בכרטיס אשראי ישראלי בלבד ורק במידה ולבעל הכרטיס יש תעודת זהות ישראלית

1. פרטי הביטוח

שם המבוטח _____ לתקופת ביטוח: מ- ____/____/____ עד ____/____/____

התשלום עבור:

ביטוח נסיעה לחו"ל - מס' פוליסה: _____ - תשלום אחד בלבד.

ביטוח עובדים זרים ותיירים* - מס' דרכון המבוטח: _____

*בביטוח עובדים זרים ניתן לשלם במספר תשלומים, לפי תקופת הביטוח כמפורט בטבלה להלן:

מס' ימים	1-60	61-120	121-180	181-240	241-300	301-365
מס' תשלומים	1	2	3	4	5	6

2. הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד: ויזה ישראכרט דינרס אמריקן אקספרס

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון: בית _____ עבודה _____ נייד _____

תוקף	
שנה	חודש

מס' כרטיס											

אני הוד"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל- \$ _____ לפי שער הדולר היציג ביום בו יחוייב חשבוני בבנק, החיוב יהיה ב- _____ תשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסות/ות הביטוח.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. ידוע לי שביטוח עובדים זרים ותיירים יכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים על ידי המבוטח והמעסיק, והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושרו על ידו. אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח, ואישורם. ידוע לי שהתחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותי, תקף. ידוע לי כי בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה על ידי חברת כרטיס האשראי.

_____ תאריך
 _____ חתימת בעל הכרטיס

3. אישור הסוכן (לטיפול על ידי סוכן הביטוח בלבד)

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסת/ות הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שהראל חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין הראל חברה לביטוח בע"מ.

אם העסקה מתבצעת בטלפון/דואר ללא נוכחות הלקוח, נא לרשום במקום המיועד לחתימת בעל הכרטיס: "הוראה טלפונית".

שם הסוכן _____ תאריך _____ חתימת הסוכן / סוכנות _____