

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

למשלוח הטופס לאגף בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל:
contact@travel-ins.co.il או בפקס: 077-3334599.

לתשומת לבך:
הארכת הפוליסה תהייה בהתאם לכיסויים הקיימים בפוליסה אותה את/ה מעוניין/ת להאריך.
עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א פרטי הנסיעה לתקופת הביטוח הנוספת

מספר פוליסה		מ- / / - עד- / /	לתקופת ביטוח נוספת מ- / / - עד- / /
יעד הנסיעה: <input type="checkbox"/> ארה"ב (מ- / / - עד- / /) <input type="checkbox"/> אירופה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> אוסטרליה <input type="checkbox"/> דרום אמריקה			
לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה			
גיל המבוטח		תקופה מירבית	
		פוליסה בסיסית	החמרה
0-60	90 יום	365 יום	90 יום
61-70	90 יום	90 יום	90 יום
71-85	45 יום	45 יום	45 יום
86-90	15 יום	15 יום	15 יום
91-95	10 יום	10 יום	10 יום

ב הנני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה

כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Email

ג פרטי המועמדים לביטוח

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

מבוטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	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				

לתשומת לבך, הכיסוי להיריון עד שבוע 32 (כולל) והינו עד גיל 42. החל מגיל 42 ו/או הגעה לשבוע 33 לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהיריון.
לתשומת לבך, הכיסוי להחמרה הינו עד לתקופה המירבית בהתאם לסעיף א' לעיל. החל ממועד סיום התקופה המירבית לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהחמרה של מצב רפואי קודם.

שם התוכנית	מבטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4	תקופת הביטוח
ספורט אתגרי (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להיריון)							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.
ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להיריון)							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.
ביטול השתתפות עצמית לרכב ש"כור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) רכישת כיסוי זה הינה למבטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.							מ- / / עד- / / לתשומת לבך, הכיסוי נכנס לתוקף ביום הקלנדרי העוקב ליום הרכישה.

ה מידע למועמד לביטוח

- התקופה המרבית להרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים עבור מבטחים עד גיל 60 הינה 90 ימים ("הרחבה להחמרה"). לכן, הרחבה להחמרה שנרכשה תהיה בתוקף עד לתקופה המרבית כאמור, לרבות במקרה של הארכה הפוליסה או רכישת הרחבה להחמרה בתוך התקופה המרבית בפוליסה. אם במועד ביצוע ההארכה חלפה התקופה המרבית של ההרחבה להחמרה - לא יהיה כיסוי להחמרה בתקופה הארכה של 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 המבטח לגביו, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להיריון.
- 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, יבוטלו גם הכיסויים הנוספים שנגלו לפוליסת הבסיס.

י הצהרת המועמדים לביטוח

- אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - אני מצהיר/ה 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.

תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
			מבטח ראשי
			בן/בת הזוג
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18
			ילדה מעל גיל 18

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: שם: ת"ז מס' רישיון:
 חתימה:
 חותמת:

שם בעל כרטיס האשראי		מספר ת.ז.		מספר תשלומים	
מס' כרטיס		בתוקף עד		CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)	
רחוב		מס'		יישוב	
מיקוד		טלפון		טלפון נייד	

אני הח"מ, נותן להראל 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 כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליס/ות הביטוח.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

לידיעתך ביטוח זה ייכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושר על ידו ו/או ע"י אישור פרטני של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם.

התחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותך, תקף.

בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.

תאריך:..... חתימת בעל הכרטיס: 