

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.

Желаемый страховой период					
С числа			По число		

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

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	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужск <input type="checkbox"/> Женский	<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 застрахованный, 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 окончены 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, анализы крови										

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: <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 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. Заявляю\ем, 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\ями, сделанной\ыми от их имени, в качестве их законного опекуна. Имеете ли Вы право подписывать за них данные документы? Да Нет.
- 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.
 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. **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 болю\ем в настоящее время и\или тех, которыми я\ мы буду\ем болеть в будущем, и я\ мы освобождаю\ем вас от обязанности соблюдения врачебной тайны, и отказываю\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.

Д 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 Оплата кредитной картой

Личные данные кандидата на страхование			
Фамилия		Имя	
		№ паспорта	
Личные данные плательщика			
№ у. л.		Имя владельца карты	
Верификационный код (3 цифры на обратной стороне карты)		№ карты	
Действительна до..... /			
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>Я, нижеподписавшийся\аяся, предоставляю компании "Харель" разрешение снимать оплату с моего банковского счета в соответствии с условиями договоренности, достигнутой в отношении выполнения оплаты посредством кредитной карты, в сумме, равной \$ в соответствии с курсом доллара, существующим в тот день, когда с моего счета будет взиматься плата. Плата будет составлять платежей, сумма которых будет указана в списке сумм, списываемых со счета, который будет предоставлен Вам страховой компанией "Харель"; в них будет указан номер моей кредитной карты. Суммы платежей и даты их взимания будут назначаться страховой компанией "Харель ЛТД." в соответствии с условиями оплаты, приведенными в данном\ых страховом\ых полисе\ах.</p> <p>Действие данного разрешения будет прекращено посредством предоставления мной сообщения страховой компании "Харель ЛТД.". Данное разрешение будет действительно и в отношении взимания оплаты посредством кредитной карты, которая будет выдана мне в качестве замены карты, номер которой указан в данной квитанции, и которая будет обладать другим номером. К Вашему сведению, страхование иностранных рабочих и туристов вступит в силу начиная с даты, указанной выше, при условии, что бланк страхового предложения и заявление о состоянии здоровья, заполненные полностью и подписанные застрахованным и работодателем, а также данное разрешение о взимании оплаты с банковского счета, будут доставлены в офис страхователя до наступления даты начала действия данной страховки, одобрены нами и\или получают индивидуальное разрешение страхователя, иначе страховка начнет действовать в тот день, когда данные документы и разрешение о взимании оплаты с банковского счета будут доставлены в офис страхователя и утверждены им.</p> <p>Обязательства страхователя относительно страхового покрытия будут действовать при условии, что кредитная карточка, указанная выше и находящаяся в Вашем распоряжении, является действующей.</p> <p>При заключении любой сделки (в шекелях), сумма которой превосходит эквивалент 700\$, страховое покрытие зависит от утверждения сделки кредитной компанией, выдавшей данную кредитную карту.</p>			
Дата		Имя владельца кредитной карты	Подпись владельца кредитной карты