

# 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		

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  
выпуск 08/2021

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

	Главный застрахованный	Супруга	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
№ паспорта					
Страна выдачи паспорта					
Имя на английском языке					
Фамилия на английском языке					
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					
Ваш адрес в Израиле					
Фамилия семьи, в доме которой вы проживаете	улица	номер дома	номер квартиры	город	
Мобильный телефон					
Эл. почта для получения сообщений, информации и почтовых сообщений	.....				

## Б Выбор поставщика

Частная система компании "Харель"  больничная касса Маккаби



**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.

1	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.

<b>Часть 1: общие вопросы</b>		Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да

1	<input type="checkbox"/> Употребляете ли вы или употребляли ли вы наркотики? <input type="checkbox"/> Пьете ли вы или пили ли вы постоянно алкогольные напитки? Укажите употребляемое количество .....рюмок в день.										
2.	Направляли ли вас в течение последних 5-ти лет на одну из следующих проверок (не в качестве части рутинных проверок), которую вы до сих пор не прошли или еще не получили окончательный диагноз, касающийся: хронических болезней, катетеризация сердца, обследования сердца, электрокардиограммы, МРИ, КТ, ультразвукового исследования (не в качестве части рутинного обследования беременных), биопсии, скрытой крови, колоноскопии или гастроскопии, аутоиммунных заболеваний, включая волчанку (если ответ «да», то нужно приложить документ, написанный лечащим врачом, в котором будет указана причина выполнения данной проверки, приведены результаты таковой и указан окончательно установленный диагноз).										
3.	Выполнялась ли вам в течение 5-ти последних лет или будет ли выполняться в будущем операция\ имплантация? Пожалуйста, уточните:										
4.	Были ли вы госпитализированы в течение последних 5-ти лет? Пожалуйста, укажите причину госпитализации, а также полученное вами лечение.										
5.	Принимаете ли вы в течение последних 5-ти лет или было ли вам рекомендовано постоянным образом принимать лекарства? Пожалуйста, уточните, в результате наличия какой проблемы вы лечитесь\ лечились, каким именно было лечение, как долго вы принимаете данное лекарство?										
6.	Была ли у вас диагностирована аллергия? Пожалуйста, уточните:										

<b>Часть 2: были ли у вас диагностирована болезнь, явление, расстройство, связанное с одним или с несколькими вопросами, перечисленными далее:</b>		Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да

1.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> инсульт <input type="checkbox"/> эпилепсия <input type="checkbox"/> рассеянный склероз <input type="checkbox"/> саркопения или другое дегенеративное заболевание <input type="checkbox"/> повторяющиеся головокружения <input type="checkbox"/> головные боли <input type="checkbox"/> проблемы с поддержанием равновесия <input type="checkbox"/> обмороки <input type="checkbox"/> болезнь Паркинсона <input type="checkbox"/> болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> тремор <input type="checkbox"/> умственная отсталость <input type="checkbox"/> аутизм <input type="checkbox"/> синдром Дауна <input type="checkbox"/> ДЦП <input type="checkbox"/> полиомиелит <input type="checkbox"/> болезнь Гоше <input type="checkbox"/> потеря чувствительности <input type="checkbox"/> расстройство концентрации и внимания <input type="checkbox"/> мигрень <input type="checkbox"/> обращались ли вы к врачу с жалобами, связанными с ухудшением памяти (деменция)? <input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> волчанка Если ответ на один из вопросов является положительным, нужно приложить последний документ, полученный от вашего лечащего врача-невролога.										
2.	<b>Глаза и зрение:</b> <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> проблемы с сетчаткой и роговицей <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> воспаление глаз <input type="checkbox"/> косоглазие <input type="checkbox"/> слепота <input type="checkbox"/> другое заболевание\ проблема, связанная с глазами <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										



**В Декларация о состоянии здоровья**

	Часть 2: были ли у вас диагностирована болезнь, явление, расстройство, связанное с одним или с несколькими вопросами, перечисленными далее:	Главный застрахованный		Супруг/а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
		Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
3.	<b>Сердце:</b> <input type="checkbox"/> расстройство сердечного ритма <input type="checkbox"/> болезни сердца <input type="checkbox"/> сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> сердечный приступ <input type="checkbox"/> врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> катетеризация сердца <input type="checkbox"/> болезни сердечных клапанов, другие болезни\проблемы, связанные с сердцем <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
4.	<b>Кровеносные сосуды:</b> <input type="checkbox"/> варикозное расширение вен (на ногах) <input type="checkbox"/> сонная артерия <input type="checkbox"/> расстройство свертываемости <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> болезни крови <input type="checkbox"/> тромбоз глубоких вен <input type="checkbox"/> тромбоз воротной вены (заболевание периферических сосудов), другая болезнь\ проблема, связанная с кровеносными сосудами <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
5.	<b>Болезни обмена веществ:</b> <input type="checkbox"/> щитовидная железа <input type="checkbox"/> лимфатические железы <input type="checkbox"/> слюнные железы <input type="checkbox"/> потовые железы <input type="checkbox"/> гипофиз <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> повышенное давление <input type="checkbox"/> высокое содержание жиров\холестерина, другая болезнь\ проблема, связанная с обменом веществ <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
6.	<b>Дыхательные пути:</b> <input type="checkbox"/> астма <input type="checkbox"/> туберкулез <input type="checkbox"/> ХНЗЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> сенная лихорадка <input type="checkbox"/> повторяющиеся инфекционные заболевания дыхательных путей и одышка <input type="checkbox"/> пневмоторакс <input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
7.	<b>Пищеварительная система:</b> <input type="checkbox"/> язва желудка\ двенадцатиперстной кишки <input type="checkbox"/> изжога <input type="checkbox"/> болезнь Крона <input type="checkbox"/> колит <input type="checkbox"/> рефлюкс <input type="checkbox"/> геморрой <input type="checkbox"/> фиссура\ фистула <input type="checkbox"/> непроходимость кишечника <input type="checkbox"/> заболевания\ болезни поджелудочной железы <input type="checkbox"/> пищевод <input type="checkbox"/> желчный пузырь <input type="checkbox"/> камни в желчном пузыре <input type="checkbox"/> другая болезнь\ проблема, связанная с пищеварительной системой? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
8.	<b>Печень:</b> <input type="checkbox"/> гепатит <input type="checkbox"/> гепатиты В, С, D <input type="checkbox"/> жирная печень <input type="checkbox"/> цирроз\ другие заболевания\ проблемы, связанные с печенью <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
9.	<b>Грыжа:</b> <input type="checkbox"/> местонахождение грыжи – диафрагма\ пупок\ в правой части промежности\ в левой части промежности. Выполняли ли вам операцию для избавления от грыжи? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», то когда (дата)? Была ли решена проблема? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет										
10.	<b>Почки и мочевыводящие пути:</b> <input type="checkbox"/> повторные воспаления <input type="checkbox"/> камни в почках или в мочевыводящих путях <input type="checkbox"/> кисты в почках <input type="checkbox"/> врожденные пороки мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> почечная недостаточность, другая болезнь\ проблема, связанная с почками\ мочевыводящими путями <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
11.	<b>Суставы и кости:</b> <input type="checkbox"/> воспаление суставов (артрит) <input type="checkbox"/> подагра <input type="checkbox"/> спина\ позвоночник <input type="checkbox"/> суставы <input type="checkbox"/> колени, другая болезнь\ проблема, связанная с суставами и костями <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
12.	<b>Кожные и венерические болезни:</b> <input type="checkbox"/> кожные опухоли <input type="checkbox"/> кожные язвы <input type="checkbox"/> псориаз <input type="checkbox"/> венерические заболевания <input type="checkbox"/> сифилис другая дерматологическая\ венерическая болезнь\ проблема <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										
13.	Злокачественные опухоли\онкологические заболевания (рак).										
14.	<b>Для женщин:</b> <input type="checkbox"/> грудь (включая ее увеличение) <input type="checkbox"/> болезни, относящиеся к сфере гинекологии, другие женские болезни\ проблемы <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните: <input type="checkbox"/> Вам было выполнено кесарево сечение? Если да, то когда? .....										
15.	<b>Для мужчин:</b> <input type="checkbox"/> проблемы с щитовидной железой <input type="checkbox"/> варикоцеле\ гидроцеле другая болезнь, связанная с мужским здоровьем <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										

**В Декларация о состоянии здоровья**

Часть 2: были ли у вас диагностирована болезнь, явление, расстройство, связанное с одним или с несколькими вопросами, перечисленными далее:	Главный застрахованный		Супруг\а		Ребенок 1		Ребенок 2		Ребенок 3	
	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да
16. Заболевания ушей, горла, носа: <input type="checkbox"/> синдром остановки дыхания во сне <input type="checkbox"/> полип в носу <input type="checkbox"/> синусит Другая болезнь, связанная с заболеваниями ушей, горла, носа <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:										

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						

**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. 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\сьями, 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 болю/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.
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
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 страховых полисах, и изменениям, которые будут время от времени вноситься в таковой/ые.		
.....	.....	.....
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](http://www.harel-group.co.il).

