

Proposal for health insurance "Tour & care" for tourists in Israel

הצעה לביטוח "Tour & Care" לתיירים בישראל



Please fill in this form fully and accurately.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

Insurance period requested			תקופת הביטוח המבוקשת		
From	מתאריך		To	עד תאריך	
D	M	Y	D	M	Y

I, the undersigned (hereinafter "the insurance applicant"), hereby request that the Harel Insurance Company Ltd. (hereinafter "the Insurer"), insure me based on everything that is stated in this proposal.

אני החתום מטה (להלן המועמד לביטוח) מבקש מ"הראל" חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

A א Insurance applicant personal details (up to age 65)						פרטי המועמד לביטוח (עד גיל 65)			
Date of birth	תאריך לידה		First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה		Passport No.	מספר דרכון
The purpose of the visit in Israel		מטרת הביקור	Nationality	אזרחות	Date of entry to Israel	תאריך כניסה לישראל		Gender	מין
								<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> זכר
								<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> נקבה

B ב Israeli address of the applicant				כתובת המועמד לביטוח בישראל			
Cellphone No.	טלפון נייד	Zip code	מיקוד	Town	יישוב	Street and No.	רחוב ומספר
Telephone No.	טלפון נוסף	Email Address					כתובת אימייל

C ג Details of previous insurance policies		פרטי ביטוח קודמים	
Have you ever been insured by Harel?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	האם היית מבטוח בעבר בהראל?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
If yes, policy no.	אם כן, ציין מספרי פוליסה
Has Harel or another insurer refused to insure you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	האם הראל או מבטח אחר סרב לבטח אותך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
If yes, specify which company and for what reason	אם כן, ציין באיזו חברה ומאיזו סיבה

D ט Medical Questionnaire		שאלון רפואי	
Are you suffering from, or have you ever suffered from, or have you been diagnosed with any of the following:	האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:		
<input type="checkbox"/> Diseases or symptoms of the nervous system	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> מחלות או תופעות של מערכת העצבים
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis	<input type="checkbox"/> Heart disease	<input type="checkbox"/> אירוע מוחי
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Malignant disease	<input type="checkbox"/> טרשת נפוצה
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<input type="checkbox"/> Other tumors	<input type="checkbox"/> ניוון שרירים
	<input type="checkbox"/> Dementia	Are you pregnant?	<input type="checkbox"/> דמנציה
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה
			<input type="checkbox"/> מחלות לב
			<input type="checkbox"/> מחלה ממאירה
			<input type="checkbox"/> גידולים אחרים
			<input type="checkbox"/> האם את בהריון?
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
I am aware that:			
1. This insurance does not cover claims arising from or relating directly or indirectly to a medical condition or disease that existed before this insurance came into force. This insurance is subject to the exception clauses of this insurance and to the Control of Insurance Business Regulations (Conditions of Insurance Contracts) (Provisions Regarding Previous Medical Issue), 2004.			
2. This medical insurance is subject to a waiting period of 48 hours.			
3. The company may decide either to accept the proposal or to reject it. I am aware that the insurance contract will take effect only after the company issues a written Confirmation of Admittance in regard to the Insurance Applicant. In any case, the Insurance Period will commence from the date of confirmation by the Insurer as aforesaid.			
4. I, the undersigned, hereby grant permission to hospitals, physicians or any other medical party, to the extent necessary to clarify the rights and obligations conferred under the Policy, to submit to "Harel" Insurance Company Ltd., (hereinafter the "Requesting Party") all details concerning my health and / or any illness I had in the past and / or that I have now and / or shall have in the future without exception and in the form required by the "Requesting Party". I hereby release you from the obligation of maintaining medical confidentiality and waive this confidentiality in favor of the "Requesting Party". This waiver will also apply to minors.			

E ה I signed this form of my own free will and after being made aware of all relevant details				חתימת המועמד לביטוח	
Signature of the Insurance applicant		חתימת המועמד לביטוח		חתימת המועמד לביטוח	
Date	תאריך	Name of insurance applicant	שם המועמד לביטוח	Signature of the insurance applicant	חתימת המועמד לביטוח
.....

F I Calculation of Insurance Premium (תשלום דמי הביטוח - התשלום בפועל יהיה לפי שער הדולר היציג ביום החיוב בבנק) (Credit card payment will be according to the representing exchange rate on the day in which the payment will be presented to the bank)

Total insurance premium in \$	סה"כ דמי ביטוח \$	הנחות/תוספות %	No. of days covered by the insurance	מספר הימים לביטוח	Daily cost in \$	עלות יומית \$
.....

G T Payment by credit card תשלום באמצעות כרטיס אשראי

Insurance applicant details פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Last name שם משפחה
Passport No. מספר דרכון	
Payee details פרטי המשלם	
Identity No. מס' ת.ז.	Name on the card שם בעל הכרטיס
CVV (3 ספרות בגב הכרטיס) Exp. date בתוקף עד	Card No. מס' כרטיס
You can pay in several installments by the insurance period ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח	
No. of days מס' ימים	1-90
No. of payments מס' תשלומים	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Zip code מיקוד	Town יישוב
Street and No. רחוב ומספר	
Email כתובת אימייל	Telephone No. טלפון
<p>I, the undersigned, hereby grant permission to "Harel" to charge the "Account" (as it is defined in the terms and conditions of joining the credit card arrangement) by a sum in ILS equal to USD, according to the representing exchange rate on the day in which the payment will be presented to the bank. The charge will be in installments by the amount that will be specified in the list of charges to be submitted to you by the "Harel" Insurance Company Ltd. (hereinafter, "Harel") and that will specify my credit card number in them. Billing amounts and dates will be determined by "Harel" in accordance with to the payment terms and conditions of the insurance policies and the changes which will apply to them from time to time.</p> <p>This permission shall terminate upon my notice to "Harel". This authorization will be valid also in regard to charging a credit card having a different number that was issued as a replacement of the card which number is specified in this form.</p> <p>I am aware that the Foreign Workers and Tourists Insurance will come into force on the date listed above, provided that the Insurance Proposal Form and the Health Statement, all completed and signed by the Insured and the Employer along with this Authorization to Charge an Account, will be submitted at the Insurer's offices prior to the Insurance Commencement Date, and also provided that they would be approved by the Insurer.</p> <p>I am aware that the Insurer's obligation to provide insurance cover is on condition that the aforementioned credit card, in my possession, is valid.</p> <p>I am aware that in each transaction (in ILS) exceeding the equivalent of USD 700, the insurance coverage is subject to the approval of the transaction by the credit card company.</p>	
<p>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 יוצג התשלום לבנק החיוב יהיה בתשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הראל") ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי "הראל" על-פי תנאי התשלום של פוליסות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.</p> <p>הרשאה זו תפקע בהודעה שלי ל"הראל". הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.</p> <p>ידוע לי שביטוח עובדים זרים ותיירים יכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והמעסיק והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושר על ידו.</p> <p>ידוע לי שהתחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותי, תקף.</p> <p>ידוע לי כי בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.</p>	
Signature of the credit card holder חתימת בעל כרטיס האשראי	Name on the Card שם בעל כרטיס האשראי
Date תאריך	

Studio Harel 1980/3120

H n Appointment of an agent as the delegate of the insured מינוי סוכן כשלוחו של המבוטח

<p>It is hereby declared and agreed that the insurance agent is the representative and delegate of the Insured vis-à-vis Harel Insurance Company Ltd, with regard to everything that is related to this insurance proposal. including negotiations in advance of the signing of the Insurance contract as well as everything that stems therefrom.</p>		<p>מוצהר ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא נציגו ובא כוחו של המבוטח כלפי "הראל חברה לביטוח בע"מ, בכל הקשור להצעת ביטוח זו, לרבות המשא ומתן לקראת כריתת חוזה הביטוח וכל הנובע מכך.</p>
Signature of the Insurance applicant חתימת המועמד לביטוח		
Date תאריך	Name of insurance applicant שם המועמד לביטוח	Signature of the insurance applicant חתימת המועמד לביטוח
Agent No. מספר הסוכן	Agent name שם הסוכן	Signature of the agent חתימת הסוכן