

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

למשלוח הטופס לאגף בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל:
fax7922@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348082

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד ובדוא"ל הקיים ברשות חברת הראל.

א פרטי הנסיעה

מ- / / -עד- / /

לתשומת ליבך, החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: <https://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx>

יעד הנסיעה:

אירופה אסיה אוסטרליה מרכז ודרום אמריקה קנדה אפריקה

ארה"ב (מ- / / -עד- / /)

נא פרט את המדינות בהן אתה מבקר:

לידיעתך תקופת הביטוח המירבית הינה

תקופה מירבית לפוליסה	גיל המבטח
45 יום	0-60
30 יום	61-70
15 יום	71-80
10 יום	81-85
7 יום	86-95

ב הני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה

כתובת רח'	מס'	יישוב	מקצוע/עיסוק
טלפון	נייד	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	

ג פרטי המועמדים לביטוח

הביטוח מיועד לתושבי ישראל בלבד. הני מצהיר כי המבטחים הם תושבי ישראל כן

מבטח	מין	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מבטח 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				

ד הצהרת בריאות (יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה)

לתשומת לבך, הפוליסה אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות ממצב רפואי קודם, אלא אם המבוטח רכש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4						
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם עבור אחד או יותר מהנוסעים אחת ממטרות הנסיעה הינה קבלת טיפול רפואי? במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח											
2. האם אחד או יותר מהנוסעים, נמצא בששת החודשים האחרונים, בטיפול תרופתי קבוע או טיפול אחר, או הומלץ לו על טיפול תרופתי או אחר? לתשומת לבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול תרופתי עבור: כולסטרול, תת פעילות בלוטת המגן, קשב וריכוז, לחץ דם, בעיות שינה, טיפול הרמונלי, ויטמינים או תוספי מזון, אלרגיה או גלולות למניעת הריון. אם ענית בחיוב על שאלה 2, יש לענות על שאלה 2.1 אם ענית בשלילה על שאלה 2, יש לעבור לשאלה 3.											
2.1. האם הינך נמצא בטיפול או הומלץ לך על אחד או יותר מהטיפולים הבאים: <input type="checkbox"/> טיפול בדיאליזה <input type="checkbox"/> טיפול בעירוי דם <input type="checkbox"/> טיפול במרפאת כאב <input type="checkbox"/> טיפול אונקולוגי <input type="checkbox"/> טיפול לאחר השתלת איברים, טיפול ביולוגי/נוגד דחיייה האם אובחנת באחד או יותר מהמצבים הרפואיים הבאים: <input type="checkbox"/> מחלת כליות כרונית <input type="checkbox"/> מחלה במערכת העצבים (כדוגמת טרשת נפוצה) <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> מחלת כבד כרונית <input type="checkbox"/> מחלה ניוונית כדוגמת ALS <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> אירוע מוחי בשנה האחרונה											
3. במקרה שקיימת תשובה חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים. אם ענית בשלילה (על שאלה 2.1) עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
3.1. האם אחד או יותר מהנוסעים עבר בששת החודשים האחרונים או הומלץ לו על אשפוז או ניתוח הקשור לאחד או יותר מהבעיות הבאות: ראש, לב (לרבות צנתור), כליות ודרכי השתן, דרכי היכול, ריאות, אורתופדיה. לתשומת לבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בניתוח קוסמטי אסתטי, ניתוחים המבוצעים באשפוז יום או ניתוחים שאינם דורשים אשפוז. אם ענית בחיוב על שאלה 3 יש לענות על שאלה 3.1 אם ענית בשלילה יש לעבור לשאלה 4.											
3.1. האם הניתוח/האשפוז כבר בוצע וחלפו מאז למעלה משלושה חודשים? אם ענית בשלילה יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחסת לניתוח/אשפוז/צנתור שהומלץ לך לעבור והתייחסות למצבך הבריאותי והתפקודי העדכני בהקשר לכך. אם ענית בחיוב עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
4. האם אחד או יותר מהנוסעים הופנה בששת החודשים האחרונים לאחת או יותר מהבדיקות הבאות (שלא כחלק מבדיקות שגרה): MRI (ראש או אורתופדיה), CT (ראש או אורתופדיה), גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, אקו לב, דופלר עורקי צוואר, בדיקת מאמץ, הולטר. במקרה שהתשובה חיובית (בשאלה 4) יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבדיקות הרפואיות אליהן הופנית, הסיבות לבדיקה ובמידה ובוצעו, התייחסות לתוצאות והמלצות להמשך טיפול ומעקב.											
5. האם אובחנת או עברת: <input type="checkbox"/> אירוע מוחי מכל סוג <input type="checkbox"/> מחלת לב (לדוגמה: התקף לב, צנתור, ניתוח מעקפים, הפרעות קצב או בעיית לב אחרת) <input type="checkbox"/> היצרות בעורקי הצוואר (קרטיס)											
אם ענית בחיוב על שאלה 5 ויעד הנסיעה הינו ארה"ב יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים. אם ענית בחיוב על שאלה 5 ויעד הנסיעה אינו ארה"ב יש לענות על שאלה 5.1.											
5.1. מתי היה האירוע האחרון ו/או הניתוח שעברת עקב בעיה זו: <input type="checkbox"/> במהלך ה-12 החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> מעל ה-12 החודשים האחרונים											
במקרה שהתשובה במהלך השנה האחרונה יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים. במקרה שהתשובה הינה יותר משנה עליך לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי קודם.											
הרחבה לביטול וקיצור נסיעה - במידה והנך מעוניין לרכוש הרחבה לביטול וקיצור נסיעה עליך להשיב על שאלה זו:											
6. האם יש לך ו/או למי מהמועמדים לביטוח בן משפחה קרוב שבששת החודשים האחרונים שהה באשפוז (בן משפחה קרוב- לרבות בן או בת זוג של המבוטח, הוריו, ילדיו, אחיו, סבו, בתו, נכדיו)? <input checked="" type="checkbox"/> במקרה שהתשובה חיובית, הכיסי אינו חל במצבים בהם הנסיעה קוצרה או בוטלה עקב מצב רפואי קיים של המבוטח או של בן משפחה קרוב ששהה באשפוז בששת החודשים האחרונים שקדמו לרכישת הפוליסה.											
הרחבה להיריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להיריון (כולל)											
7. האם הנך בהיריון? 7.1. מה שבוע ההיריון הנוכחי? 7.2. האם ההיריון מוגדר כהריון בסיכון, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל? במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהיריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.											
<input checked="" type="checkbox"/> אם הנך בהיריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להיריון. <input checked="" type="checkbox"/> אם הנך בת 42, או אם ימלאו לך 42 לפני תום תקופת הביטוח, או שתהיי בשבוע 32 לפני תום תקופת הביטוח, לא ניתן לרכוש את ההרחבה להיריון (עפ"י תנאי ההרחבה) ולכן לא ניתן לרכוש את הביטוח.											

טווח יוראהל

27661.17

08/2020



שם התוכנית	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדה 1	ילדה 2	ילדה 3	ילדה 4	תקופת הביטוח
חבר הבסיס ביטוח רפואי פוליסה בסיסית חיפוש, איתור וחילוץ - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן). הכיסוי לאיתור וחילוץ, ככל שנרכש במסגרת הפוליסה, לא יחול בארצות שלהלן: אחת ממדינות ערב, אפגניסטן, מאוריטניה, מלזיה, ניז'ר, סומליה, סודאן, פקיסטן, צ'אד, קוריאה הצפונית, רוסיה-צ'צ'ניה, רפובליקת מרכז אפריקה, תימן. מדינה שאינה מקיימת יחסים דיפלומטיים עם ישראל לרבות נציגות דיפלומטית, ושטחים בשליטה או ניהול של הרשות הפלסטינית או שטחים מוחזקים על ידי גורמי טרור. חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין	<input checked="" type="checkbox"/> לא מעוניין
	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> לא מעוניין
הרחבות							
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)							כל תקופת הביטוח
ביטול וקיצור נסיעה (מסיבה רפואית) כולל כיסוי בסיסי למגיפה (קורונה)							כל תקופת הביטוח
ביטול או קיצור נסיעה כתוצאה ממגיפה (קורונה) עם תקרת החזר מוגדלת ניתן לרכוש הרחבה זו בכפוף לרכישת הרחבה לביטול וקיצור נסיעה.							כל תקופת הביטוח
החמרה של מצב רפואי קודם							כיסוי להחמרה למצב רפואי שנרכש יהיה בתוקף עד לתקופה המרבית לכיסוי זה בהתאם לסעיף א' לעיל.
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים ככל שההיריון יוגדר כהריון בסיכון, לא יהיה כיסוי לכל הקשור ו/או הנובע מהריון.							הרחבה להריון שנרכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, תהיה בתוקף עד שבוע 32 (כולל) להריון או עד גיל 42, המוקדם מביניהם, לרבות במקרה של הארכת הפוליסה או רכישת הרחבה להריון בתוך התקופה המרבית שהגדרתה בפוליסה.
מוות או אובדן איברים עקב אירוע תאונתי למבוטח (עד גיל 70)							כל תקופת הביטוח
ספורט אתגרי (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)							מ- / / עד- / /
ספורט חורף (לא ניתן לרכישה כיסוי זה עם כיסוי להריון)							מ- / / עד- / /
מחשב אישי נישא/טאבלט							כל תקופת הביטוח
טלפון נייד							כל תקופת הביטוח
אופניים דו גלגליים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אנא סמן גבול אחריות מבוקש: \$6,000 <input type="checkbox"/> \$4,500 <input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> דגם..... תאריך רכישת האופניים..... ערך האופניים ב-ש.....							כל תקופת הביטוח
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75) רכישת כיסוי זה הינה למבוטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבוטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.							מ- / / עד- / /

טווח תאריך 27661.17 08/2020



- לתשומת ליבך, החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: <https://www.harel-group.co.il/insurance/travel/join/Pages/join.aspx>
- הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים ("הרחבה להחמרה") - התקופה המרבית להרחבה להחמרה הינה כמפורט בתנאי 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 לגבי, אלא אם המבוטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון.
- 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, יבטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.

2 הצהרת המועמדים לביטוח

- הנסיעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
- אני החתום/מה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
 - 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 בין/ם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
 - האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיכם, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתכם מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותכם, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. לא כן
 - הריני להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
- אם אינכם מסכימים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, הטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.
- מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.
- הריני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן.
- הריני מאשר שבמסגרת תהליך הצירוף לפוליסה וכחלק מהליך החיתום, ייתכן ותידרש על ידי החברה לרכוש בעלות נוספת הרחבה להחמרה למצב רפואי קודם, בהתייחס לאחד או יותר מהנוסעים בטופס ההצעה, וזאת כתנאי לקבלה לביטוח.
- בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.
- ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המונהלים בחברתכם.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך: שם: ת"ז: מס' רישוי:
 חתימה:

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: שם הסוכן: חתימת הסוכן: 

ט תשלום באמצעות כרטיס אשראי - מועדי גביה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

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

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. החיוב יהיה בש"ח לפי שער הדולר היציג ביום בו ישלח החיוב לחברת האשראי. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: חתימת בעל הכרטיס: 

