

הצעה לביטוח לתיירים בישראל "Tour and Care"



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

מהדורה 06/2025

אני החתום מטה (להלן המועמד לביטוח) מבקש מ"הראל" חברה לביטוח בע"מ

(להלן "המבטח") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם וברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל אנא למלא את כתובת הדוא"ל בפרטים האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

לכבוד

הראל-ידידים,

ביטוח עובדים זרים/תיירים

בית מ.א.ה, החילזון 12, קומה 8, רמת גן

טלפון: 03-6386216 פקס: 03-6874534 דוא"ל: y_health@yedidim.co.il אתר: www.yedidim-health.co.il

שם הסוכן:

מס' הסוכן:

א פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 80)

מספר ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
מספר דרכון				
ארץ הנפקת דרכון				
שם פרטי באנגלית				
שם משפחה באנגלית				
תאריך לידה				
מין	זכר ☐ נקבה ☐	זכר ☐ נקבה ☐	זכר ☐ נקבה ☐	זכר ☐ נקבה ☐
תאריך כניסה לישראל				
אזרחות				
מטרת הביקור				
כתובת שהותך בישראל	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב
שם המשפחה בה אתה מתארח				
טלפון נייד				
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים				

ב בחירת ספק

☐ מערך פרטי של הראל ☐ מכבי שירותי בריאות ☐ שירותי בריאות כללית

ג הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. במידה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.									
1. האם עבור אחד או יותר מהמבוטחים אחת ממטרות ההגעה לישראל הינה קבלת טיפול רפואי?									
במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח									
חלק א': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:									
1. ☐ אירוע מוחי ☐ אפילפסיה ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת ☐ כאבי ראש ☐ מיגרנה ☐ סחרחורות חוזרות ☐ הפרעות בשיווי משקל ☐ התעלפויות ☐ פרקינסון ☐ אלצהיימר* ☐ פיגור שכלי* ☐ אוטיזם* ☐ תסמונת דאון* ☐ שיתוק מוחין* ☐ פוליו ☐ גושה ☐ אובדן תחושה ☐ הפרעות קשב וריכוז ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות? ☐ בעיה אחרת במערכת העצבים - יש להעביר תעודה רפואית מפורטת									
2. ☐ איידס או נשאות HIV ☐ זאבת (לופוס)									
3. עיניים וראייה: ☐ קטרקט ☐ בעיות רשתית ☐ בעיות קרנית ☐ דלקות עיניים ☐ פיזילה ☐ עיוורון ☐ גלאוקומה ☐ מחלה/בעיית עיניים אחרת									
4. לב: ☐ הפרעות בקצב הלב ☐ מחלת לב ☐ אי ספיקת לב ☐ התקף לב ☐ מום לב מולד ☐ צנתור או ניתוח מעקפים ☐ מחלות מסתמים ☐ מחלה/בעיית לב אחר									

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition.
לתשומת לבך - הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מצב קיים.



חלק א': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:									
מבטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
5. כלי דם: ☐ דליות בוורידים הרגליים ☐ היצרות בעורקי הצוואר (קרוטיס) ☐ הפרעות קרישה ☐ אנמיה ☐ מחלת דם ☐ DVT (פקקת/טרומבוזת) ☐ PVD (מחלת כלי דם היקפיים)									
6. חילוף חומרים: ☐ בלוטת המגן (בלוטת התריס) ☐ בלוטת הלימפה ☐ בלוטת הרוק ☐ בלוטת הזיעה ☐ בלוטת יתרת המוח ☐ סכרת ☐ יתר לחץ דם ☐ שומנים גבוהים/כולסטרול ☐ מחלה/בעיית חילוף חומרים אחרת									
7. דרכי נשימה: ☐ אסטמה ☐ שחפת בעבר עם החמלה מלאה ☐ COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) ☐ קדחת השחת ☐ זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה ☐ חזה אוויר (פנאומוטורקס) ☐ סיסטיק פיברוזיס ☐ מחלה/בעיית דרכי נשימה אחרת									
8. מערכת העיכול: ☐ אולקוס (כיב) קיבה/תרסריון ☐ צרבת ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ רפלוקס ☐ טחורים ☐ פיסורה/פיסטולה ☐ חסימת מעיים ☐ מחלות/דלקות לבלב ☐ ושת ☐ כיס מרה ☐ אבנים בכיס מרה ☐ מחלה/בעיית מערכת העיכול אחרת?									
9. כבד: ☐ צהבת (היפטיטיס) B,C,D ☐ צהבת (היפטיטיס) A ☐ כבד שומני ☐ שחמת ☐ מחלה/בעיית כבד אחרת									
10. בקע (הרניה): ☐ בסרעפת ☐ בטבור ☐ במפשעה ימנית ☐ במפשעה שמאלית ☐ בקע בצלקת ניתוחית ☐ בקע בדופן הבטן									
11. כליות ודרכי השתן: ☐ דלקות חוזרות אבנים בכליות או בדרכי שתן ☐ ציסטות בכליות ☐ מומים בדרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ מחלה/בעיית כליות ודרכי השתן אחרת									
12. מפרקים ועצמות: ☐ דלקת מפרקים (ארטריטיס) ☐ גאوت ☐ גב/עמוד שדרה ☐ ברכיים ☐ ירכיים ☐ כתפיים ☐ מפרקים ☐ ירידה בצפיפות העצם ☐ מחלה/בעיית מפרקים ועצמות אחרת									
13. עור ומין: ☐ גידולי עור ☐ נגעי עור ☐ פסוריאזיס ☐ מחלות מין ☐ עגבת (סיפיליס) ☐ מחלה/בעיית עור אחרת ☐ מחלת מין אחרת									
14. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) - אם כן - האם המחלה או הגידול פעילים ו/או אובחנו ו/או טופלו בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן									
15. לנשים: ☐ ציסטות או גידול שפיר בשדיים ☐ הגדלת חזה ☐ שדיים פיברוציסטיים ☐ ציסטה/גידול שפיר ברחם ☐ מיומות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים מהרחם ☐ מחלות צוואר הרחם (cin) ☐ ציסטה/גידול שפיר בשחלות ☐ שחלות פוליציסטיות ☐ ציסטה/גידול שפיר בחצוצרות ☐ הפלות חוזרות ☐ הריון מחוץ לרחם ☐ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? ☐ האם הנך הריון? ☐ בעיה אחרת במערכת הגניקולוגית או בשדיים?									
16. לגברים: ☐ בעיות בערמונית ☐ וריקוצלה ☐ הידרוצלה ☐ מחלה/בעיית גברים אחרת									
17. מחלות נפשיות שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה: ☐ דכאון ☐ חרדה ☐ מחלת נפש אחרת									
18. אף אוזן גרון: ☐ תסמונת דום נשימה בשינה ☐ פוליפ באף ☐ סינוסיטיס ☐ דלקות גרון חוזרות ☐ יבלות במיתרי הקול ☐ שקד שלישי ☐ הגדלת קונוכיות באף ☐ נחירות ☐ סטיית מחיצת אף ☐ ליקוי שמיעה/חרשות ☐ אקוסטיק נויורמה (גידול בתעלת השמע) ☐ קרע בעור התוף ☐ טינטון ☐ מחלה/בעיית אף אוזן גרון אחרת									
19. האם אובחנת כסובל מאלרגיות									

חלק ב': שאלות כלליות									
מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
20. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים? אם כן - ☐ חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס ☐ סם אחר									
21. האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? ☐									
22. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, TC, IRM, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, קולפוסקופיה) ☐									
23. אם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח/השתלה בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:									
24. האם אושפזת ב-3 שנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:									
25. האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? נא לפרט:									

פרט (אופציונלי):

.....

.....

.....

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition.
 לתשומת לבך - הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מצב קיים.

ז אישור תנאי קבלה - סעיף זה אינו חובה, ניתן להשאירו ריק

אני מסכים/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:

לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור ב:

.....

.....

.....

חתימת המועמדים לביטוח				
תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה	
				מבוטח ראשי
				בן/ת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

ה הרחבה תמורת דמי ביטוח נוספים

הכיסוי	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3
הטסה רפואית					

- א. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- ב. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- ג. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ד. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח.
- ה. הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? ☐ כן ☐ לא.
- ו. הרני 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.

לידיעתך:

2. מצב רפואי קודם: מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג. סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:
 1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
3. ביטוח רפואי זה כפוף לתקופת אכשרה של 48 שעות.
4. אני מודעת/לך שחוזה הביטוח ייכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור קבלה בכתב לגבי המועמד לביטוח. בכל מקרה, תקופת הביטוח תחל ממועד האישור על ידי המבטחת, כאמור לעיל.

5. שליחת דבר פרסומת:

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB>; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומת שהחברה רשאת לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. *קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

6. ויתור על סודיות רפואית: אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") לרבות כל מידע המצוי בידים ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משהרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.

7. 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.

חתימת המועמדים לביטוח

תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה
עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
תאריך	ת.ז.	שם מלא	חתימה

הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

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 התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

פרטי המועמד לביטוח									
שם פרטי			שם משפחה			מספר דרכון			
פרטי המשלם									
מספר דרכון/ת.ז.			שם בעל הכרטיס						
CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)			בתוקף עד			מס' כרטיס			
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח									
מס' ימים			1-90			91-180			
מס' תשלומים			1			☐ 1 ☐ 2			
מיקוד			יישוב			רחוב ומספר			
כתובת אימייל			Email						
			טלפון						
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. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב 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. לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.									
תאריך שם בעל כרטיס האשראי חתימת בעל כרטיס האשראי									