

נא למלא הטופס עלי ידי המועמד לביטוח ועל ידי רופא ולשלוח חזרה, ביחד עם מסמכים רפואיים רלוונטיים, באמצעות פקס 03-5244401 או במייל [info@option.co.il](mailto:info@option.co.il)

**PassportCard®**  
 הכרטיס המגנטי לביטוח נסיעות

הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל - היתום.

במסגרת בקשתך להצטרף לביטוח נסיעות לחו"ל PassportCard - הכרטיס המגנטי לביטוח נסיעות, הינך מתבקש/ת למלא את הפרטים להלן. נא וודאי כי הרופא המטפל ממלא את הפרטים הנדרשים בסעיף 3 להלן וחותם בהתאם.

1. פרטים אישיים של המועמד/ת לביטוח

שם פרטי  שם משפחה   
 מס' ת.ז.  מס' דרכון   
 כתובת  מיקוד   
 מס' טלפון סלולרי  אחר   
 כתובת דואר אלקטרוני   
 תאריך לידה  שנה  חודש  יום   
 מין:  נקבה  זכר  
 שם קופת החולים בה הינך חבר/ה   
 האם קיימים ביטוחי נסיעות לחו"ל נוספים?

2. פרטי הנסיעה

יעד/י הנסיעה לחו"ל   
 תאריך יציאה  שנה  חודש  יום   
 תאריך חזרה  שנה  חודש  יום   
 מטרת הנסיעה: טיול / עסקים / אחר

שנה  חודש  יום  
 תאריך

חתימה

שם המועמד





5. האם המועמד נוטל תרופות באופן קבוע או נזקק לאביזר רפואי כלשהוא? (נא ציין/י את סוגי התרופות ו/או את האביזר הרפואי

בהתאמה)

6. האם המועמד לביטוח עתיד לעבור טיפול רפואי מכל סוגו מין לפני נסיעתו לחו"ל או לאחר חזרתו? (אם כן, נא ציין/י את סוג הטיפול

המתוכנן)

7. האם המועמד אושפז או עבר הליך פולשני במהלך ששת החודשים האחרונים? (אם כן, נא לפרט את סיבת האשפוז/הניתוח, מסי'

ימי אשפוז, פרוצדורות רפואיות שבוצעו במהלך האשפוז)

8. האם לדעתך קיימת מניעה לנסיעתו של המועמד לביטוח לחו"ל? במידה וקיימת מניעה חלקית (נסיעות קצרות בלבד, טיסות קצרות בלבד וכיו"ב) נא ציין/י במפורש את ההגבלות הרפואיות ביחס לנסיעה המתוכננת.

9. למיטב ידיעתך - האם מטרת הנסיעה לחו"ל הינה לצורך טיפול ו/או ייעוץ ו/או אבחון רפואי?

שנה  חודש  יום

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

שם מלא