

שם הסוכן: אלי ארליך  
מס' הסוכן: 5074

למשלוח הטופס: אלי ארליך שרונה ביטוח בע"מ

מייל: [ravita@erlich-insur.co.il](mailto:ravita@erlich-insur.co.il) או בפקס: 03-7976662

ללקוחות סוכנות אלי ארליך

מייל מנכ"ל: [eli@erlich-insur.co.il](mailto:eli@erlich-insur.co.il)

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בטופס זה. ככל שלא תעשה כן יוכל 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- / /

יעד הנסיעה\*:  
 אירופה  אסיה  אוסטרליה  מרכז ודרום אמריקה  קנדה  אפריקה  
 ארה"ב (מ- / / -עד- / / )

נא פרט את המדינות בהן בכוונתך לבקר:

**לתשומת ליבך:**  
 תנאי לרכישת הפוליסה היא הימצאות המבוטח בארץ. רכישת הפוליסה באמצעות מילוי הטופס מהווה הצהרה כי כל המועמדים לביטוח מצויים בארץ בעת הרכישה.  
 \*החברה שומרת לעצמה את הזכות לעדכן מעת לעת את היעדים אליהם לא ניתן לרכוש ביטוח נסיעות לחו"ל. יעדים אלו מפורסמים באתר החברה בכתובת: [www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx](http://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/join/Pages/join.aspx)

תקופה מרבית לפוליסה	גיל המבוטח
180 יום	0-60
120 יום	61-75
60 יום	76-80
30 יום	81-95

**ב הנני 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. הנני מצהיר כי המבוטחים הם תושבי ישראל  כן

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

סטודיו הראל 37397.20 10/2022



^dt33584

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 היא קבלת טיפול רפואי? אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול שיניים, השתלת שיער, טיפולים קוסמטיים וכל עוד לא מדובר בהליך הכולל הרדמה מלאה. במקרה שהתשובה לשאלה 1 חיובית, לא נוכל לקבלך לביטוח											
2. האם אחד או יותר מהנוסעים, לקח בחצי השנה האחרונה תרופות באופן קבוע או עבר טיפול אחר, או שהמליצו לו לקחת תרופות או לעבור טיפול אחר? אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בטיפול הורמונלי, ויטמינים או תוספי מזון, אלרגיה, גלולות למניעת הריון, כולסטרול, תת פעילות בלוטת המגן, קשב וריכוז, לחץ דם, בעיות שינה, צרבות, ערמונית מוגדלת, מיגרנות, טיפול באספירין שלא בעקבות מחלה/ בעיה בלב/ אירוע מוחי או בעיה בקרישה. 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 היוך נמצא בטיפול או הומלץ לך על אחד או יותר מהטיפולים הבאים: <input type="checkbox"/> טיפול בדיאלזה <input type="checkbox"/> טיפול בעירוי דם <input type="checkbox"/> טיפול במרפאת כאב <input type="checkbox"/> טיפול אונקולוגי, למעט טיפול נושם <input type="checkbox"/> טיפול לאחר השתלת איברים, טיפול ביולוגי/נוגד דחייה 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 עם התקפים בשנה האחרונה <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											
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. האם אחד או יותר מהנוסעים עבר בששת החודשים האחרונים או הומלץ לו על אשפוז (לרבות אשפוז יום) או ניתוח הקשור לאחד או יותר מהנושאים הבאים: מחלת נפש, ראש, לב (לרבות צנתור) כיס המרה ודרכי המרה, כליות ודרכי השתן, דרכי העיכול, ריאות, עמוד שדרה. 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 המתייחס 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 במהלך חצי השנה האחרונה: לבדיקות שטרם בוצעו, או שתוצאותיהן לא היו תקינות או כללו ממצא רפואי חריג? פרוט הבדיקות: MRI (ראש או עמוד שדרה) CT (ראש או עמוד שדרה), אקו לב, דופלר עורקי צוואר, בדיקת מאמץ, הולטר לב. 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 רשתיים האחרונות (מיועד לנוסעים לארה"ב בלבד): <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 יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל המתייחס למצבך הרפואי העדכני: אבחנות, תרופות, טיפולים ומעקבים.											
הרחבה להיריון - לנשים בגילאים 18-42, ועד שבוע 32 להיריון (כולל)											
6. האם הנך בהיריון? 6.1. מה שבוע ההיריון הנוכחי? 6.2. האם ההיריון מוגדר כהיריון בסיכון ואו מרובה עוברים, או הומלץ לך ע"י הרופא שלא לנסוע לחו"ל? במקרה שהתשובה חיובית ולאור היותך בהיריון בסיכון, לא ניתן לקבלך לביטוח.											
אם הנך בהיריון (שאינו היריון בסיכון), עליך לרכוש הרחבה להיריון. 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.											

10/2022 37.097.20 ירושלים



ה תכנית הביטוח - פירסט קלאס

שם התוכנית	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3	ילד/ה 4	תקופת הביטוח
ביטוח רפואי פוליסה בסיסית	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	כל תקופת הביטוח
<b>רובד הבסיס</b> 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.	<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	כל תקופת הביטוח
	חבות כלפי צד ג' - כלול ברובד הבסיס. (אם אינך מעוניין בכיסוי זה יש לסמן).	<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
<b>הרחבות</b>							
מומלץ לרכוש את סעיפים 1+2							
כבודה - אובדן או גניבה (מטען אישי נלווה)							כל תקופת הביטוח
ביטול וקיצור נסיעה (מסיבה רפואית) כולל כיסוי למגיפה (קורונה)							כל תקופת הביטוח
היריון עד שבוע 32 למבוטחת שגילה עד 42 שנים							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 כהגדרתה בפוליסה.
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
דגם							
טלפון נייד							כל תקופת הביטוח
דגם							
אופניים דו גלגליים אובדן כללי או גניבה או נזק מעל 50%, אגא סמן גבול אחריות מבוקש:							כל תקופת הביטוח
דגם							
תאריך רכישת האופניים							
ערך האופניים ב-ש							
ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור/קרוואן שכור בחו"ל (לנהג מגיל 24 ועד גיל 75)							כל תקופת הביטוח
רכישת כיסוי זה הינה למבוטח אחד - הכיסוי בפוליסה הינו לכל מבוטח ששמו נקוב בטופס ההשכרה.							מ- / / עד- / /

1  
2

טוידויראל 31920.64



**מידע למועמד לביטוח**

1. 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: [www.harel-group.co.il/Insurance/travel/Join/Pages/join.aspx](http://www.harel-group.co.il/Insurance/travel/Join/Pages/join.aspx)
2. הרחבה להחמרה של מצב רפואי קיים ("הרחבה להחמרה") - התקופה המרבית להרחבה להחמרה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.
3. פוליסת הביטוח אינה מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות מכל הקשור ו/או הנובע מהיריון, לרבות היריון שנועד לאחר ההצטרפות לביטוח ולפני הגסיסה והמבטחת לא עדכנה את המבטח לגבי, אלא אם המבטחת רכשה, תמורת דמי ביטוח נוספים, הרחבה להריון.
4. אם בחרת להסיר את הכיסוי לאיתור וחילוץ בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
5. אם בחרת להסיר את הכיסוי לחבות כלפי צד ג' בפוליסה הבסיסית - הפוליסה הבסיסית לא תכלול כיסוי זה.
6. 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, יבוטלו גם הכיסויים הנוספים שנלוו לפוליסת הבסיס.

**הצהרת המועמדים לביטוח חובה למלא למטה בטבלה את שמות המבוגרים הנוסעים ולחתום**

1. הנוסעה במסגרת טופס הצעה זה אינה ליעדים שצוינו באתר הראל שלא ניתן לרכוש אליהם ביטוח נסיעות לחו"ל.
2. 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 הכרוך לצורך הצטרפותך לפוליסת 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 ותעשה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
3. אני מצהיר/ה בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
  - א. האם הנכם נוסעים, 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 ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, היסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתכם מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, היסכון 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
  - ב. הרינו 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 ו/או שותפיה העסקיים, 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/psisum](http://www.hrl.co.il/psisum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.
4. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרטיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים ונבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.
6. הרני מאשר שבמסגרת תהליך הציורף לפוליסה וכחלק מהליך החיתום, ייתכן ותידרש על ידי החברה לרכוש בעלות נוספת להחמרה להחב רפואי קודם, בהתייחס לאחד או יותר מהנוסעים בטופס הצעה, וזאת כתנאי לקבלת לביטוח.
7. בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסתיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.
7. ממשיך אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח
 

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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](http://www.harel-group.co.il) לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע ממך לראות במרכז 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 שאיני 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 המנוהלים בחברתכם.

תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה

אישור סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

**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  
 בררתי את צרכי המועמדים, הצעתי ביטוח ואו הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיהם, ומסרתי לזהם את כל  
 המידע המהותי הנדרש.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_

**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
טלפון	טלפון נייד	מיקוד

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה זאת. 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, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר 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 שיופק וישא מספר  
 אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

טלפון ישראלי 3739770 072072



dt33544