



יולי 2019

## טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי אגודת התעשייה האווירית לישראל ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הקבוצתי לעובדי וחברי התעשייה האווירית ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או לשנות את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

הטופס מיועד לעובדים מבוטחים ובני משפחותיהם המצטרפים לביטוח תוך 90 ימים, מיום תחילת ההסכם. עובד מבוטח יוכל להרחיב את הכיסוי הביטוחי לתוכנית ב' תוך 90 ימים, מיום תחילת ההסכם.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך בגין תכנית א'. דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך.

בחירת כיסויי רשות: כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד. במידה ולא נבחרו כיסויי ההרחבה, יתר תנאי הפוליסה לא יפגעו.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

| שם העובד/ת | ת.ז. | מס' עובד | תאריך תחילת עבודה | חתימה | תאריך |
|------------|------|----------|-------------------|-------|-------|
|            |      |          |                   |       |       |

### א. פרטי המועמדים לביטוח

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתירתו תחשב כהסכמת הקטין. משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח.

| מין  | תאריך לידה | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | ס"ב | עובד/ת                  |
|--|------------|---------|----------|-----------|-----|-------------------------|
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     |                         |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | בן/בת זוג               |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | ילד עד גיל 21 שנה 1     |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | 2                       |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | 3                       |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | ילד בוגר מעל גיל 21 שנה |
| זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> |            |         |          |           |     | ילד בוגר מעל גיל 21 שנה |

| שם רופא מטפל | שב"ן (ביטוח משלים) מסוג | שם קופת חולים | עיסוק | עובד/ת    |
|--------------|-------------------------|---------------|-------|-----------|
|              |                         |               |       |           |
|              |                         |               |       | בן/בת זוג |
|              |                         |               |       | ילדים     |

| ילדים מעל גיל 18                               |       | בן/בת זוג                                      |       | מבוטח ראשי (עובד/ת) |       | כתובת מגורים* |
|--|-------|--|-------|---------------------|-------|---------------|
| <input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי |       | <input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי |       | מספר בית            | רחוב  |               |
| מספר בית                                       | רחוב  | מספר בית                                       | רחוב  |                     |       |               |
| מיקוד  | יישוב | מיקוד  | יישוב | מיקוד               | יישוב |               |
| מספר טלפון נייד*                               |       | מספר טלפון נייד*                               |       | מספר טלפון נייד*    |       |               |
| מספר טלפון בבית                                |       | מספר טלפון בבית                                |       | מספר טלפון בבית     |       |               |

| כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים |   |
|--|---|
| עובד/ת                                       | @ |
| בן/בת זוג                                    | @ |
| ילד בוגר (מעל גיל 18)                        | @ |

\* חובה מגיל 18

שים לב - התוכנית שתבחר תחול גם על העובד וגם על בני המשפחה.

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> תוכנית א'                           | <input type="checkbox"/> תוכנית ב'                           |
| <input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ עם השתתפות עצמית | <input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ עם השתתפות עצמית |
| <input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ משלים לבעלי שב"ן | <input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ משלים לבעלי שב"ן |

**הסבר על התוכניות:**

להלן פירוט הכיסויים בכל תוכנית על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין אגודת עובדי תעש"א לבין הראל חברה לביטוח.

|  |   |
|--|---|
| <b>תוכנית א'</b>   | <b>תוכנית ב'</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>השתלות, ניתוחים/ טיפולים מיוחדים בחו"ל (פרק א')</li> <li>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - אחד משני המסלולים הבאים:             <ul style="list-style-type: none"> <li>מסלול עם השתתפות עצמית (פרק ב')</li> <li>מסלול משלים לבעלי שב"ן (פרק ג')</li> </ul> </li> <li>ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל (פרק ד')</li> <li>תרופות שאינן כלולות בסל בריאות הממלכתי (פרק ה')</li> <li>שירותים רפואיים אמבולטוריים (פרק ו')</li> <li>טיפול שיניים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים (פרק ז')</li> <li>ילד המבוטח עם הוריו יהיה זכאי בנוסף לכיסוי לטיפול שיניים משמרים וגם לטיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים עד גיל 17 שנה (פרק ח')</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>כל הכיסויים הכלולים בתוכנית א', ובנוסף:</li> <li>טיפולם בכירורגיה פה, לסת ושיקום הפה, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים, טיפול יישור שיניים לילדים (פרק ח')</li> </ul> <p>יובהר כי הצטרפות בני משפחה של עובד/חבר חדש לתוכנית ב', תתאפשר עד 24 חודשים לפני תום תקופת הסכם הביטוח.</p> |

**ג. מידע למועמד לביטוח**

- התשובות המפורטות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין אגודת התעשייה האווירית ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרוי 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.
- למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
  - לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים "שב"ן" כללית מושלם/פלטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא" (וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם).
  - הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים וזאת בתנאי שירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם נותני שירות בהסדר, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
  - לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
  - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
- שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, ייקבע באופן הבא: ירא את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמה: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, ירא את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

**ד. הצהרת המועמדים לביטוח**

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

|   |    |  |
|---|----|--|
| ק | לא | <p><b>2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת:</b> האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, 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 לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, 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.</p> |
|---|----|--|

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיגוי אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

| מבוטח ראשי     | תאריך | שם המבוטח | מספר זהות | חתימה |
|----------------|-------|-----------|-----------|-------|
| בן/בת הזוג     |       |           |           |       |
| ילד מעל גיל 18 |       |           |           |       |
| ילד מעל גיל 18 |       |           |           |       |
| ילד מעל גיל 18 |       |           |           |       |
| ילד מעל גיל 18 |       |           |           |       |

**עיקרי הכיסויים בפוליסה\***

| פרק | שם כיסוי  | כיסויים וסכום ביטוח עיקרי   |
|-----|---|---|
| א'  | השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל   | <b>השתלה</b><br>הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה).<br>הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,000,000 ש"ח.<br>במקרה של צורך בהשתלות מח עצם (לאחר מיצוי הזכויות עפ"י סל הבריאות) ישולמו הוצאות לאיתור תורם מח עצם - עד 250,000 ₪.<br>גמלה לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת קרנית ו/או מח עצמות עצמית) בסך של 7,000 ש"ח לתקופה של 24 חודשים.<br><b>טיפול מיוחד בחו"ל</b><br>טיפול מיוחד בחו"ל - עד תקרת שיפוי בגובה 1,250,000 ₪.<br>במידה והמבוטח שילם תשלומים בישראל בגין טיפול מיוחד בחו"ל, יהיה זכאי לתשלום מהחברה המבטחת עד ל - 20% מסכום הביטוח המרבי.   |
| ב'  | ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית   | המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 1,180 ₪ במקרה של ניתוח הכולל אשפוז לילה אחד או יותר:<br>א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.<br>ב. שכר מנתח.<br>ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו.<br>ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.<br><b>התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.</b>   |
| ג'  | כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) פרק זה יחול במקום ב' על מבוטח שבחר בפרק זה | הכיסוי הביטוחי מקנה שיפוי מלא (החזר עלות), לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה:<br>א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח להתייעצות אצל ספק שירות שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.<br>ב. שכר מנתח.<br>ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו.<br>ד. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.<br><b>התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.</b><br><b>שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".</b> |
| ד'  | ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל  | השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה.<br>בכפוף לאישור מראש של המבטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה - כיסוי מלא.<br>ללא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות כוללת של ניתוח בארץ.<br><br>הכיסוי כולל: התייעצות בחו"ל, שכר מנתח, חדר ניתוח, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקה פתולוגית, טיפולים פיזיותרפיים בעת אשפוז, שתל בזמן ניתוח.<br><br>במקרה של ניתוח שכרוך בתקופת אשפוז העולה על 7 ימים יינתן כיסוי להוצאות נסיעה לחו"ל, הוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה, התייעצות עם רופאים מומחים לפני הניתוח, תשלום במקרה מוות במהלך ביצוע הניתוח בחו"ל ומענק חד פעמי לניתוח גדול בחו"ל (אשפוז לפחות 8 ימים) בגובה 25,000 ₪.   |
| ה'  | תרופות שאינן כלולות בסל בריאות ממלכתי   | כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי בריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות, בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות כמפורט בתנאי הפוליסה ובין היתר - תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל המבוטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה.<br>עד 5,000,000 ש"ח מתחדש מדי 3 שנים.<br>בגין "תרופת חמלה", תרופת IND, תרופות לפי סעיף תרופות לפי סעיף 29g - עד תקרה של 200,000 ש"ח למקרה ביטוח.   |
| ו'  | שירותים רפואיים אמבולטוריים   | שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז.<br><b>בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה:</b> עד 1,200 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח אחת.<br><b>בדיקות רפואיות אבחנתיות:</b> עד 7,000 ₪ לכל בדיקה בכפוף להשתתפות עצמית בסך 15% .<br>סכום ביטוח מרבי לכל הבדיקות לשנת ביטוח עד 16,000 ₪.  |
| ז'  | טיפול שיניים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים   | טיפולים משמרים: שירותי אבחון, צילומי רנטגן, עקירות, שחזורים, טיפולי שורש, הסרת אבנית, עזרה ראשונה ועוד.<br>טיפולי וניתוחי חניכיים: הערכה פריודנטלית, הקצעת שורשים, ניתוחי חניכיים ועוד.   |
| ח'  | טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים, טיפול יישור שיניים לילדים       | טיפול בכירורגיה פה ולסת: ביופסיה, הוצאת אבן, כריתת ציסטה ועוד.<br>שיקום הפה: מבנים, כתרם, תותבות ועוד.<br>שתלים: השתלות שיניים, מבנים וכתרים על גבי שתל, השתלת עצם, הרמת סינוס פתוחה/ סגורה ועוד.<br>טיפול יישור שיניים: יישור שיניים חלקי/מלא, תיק צילומים אורתודנטיים ועוד.   |

**תמצית ריכוז הכיסויים בפרקים ז'- ח' ומאפייניהם**

**מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים.**

הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.9.2019 (על פי מדד חודש יולי אשר פורסם ב- 15.8.2019) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.

| פרק ז'- מחירון לטיפולים משמרים |  |   |   |                        |
|--------------------------------|--|---|---|------------------------|
| קודי טיפול                     | תיאור הכיסוי   | דברי הסבר   | שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D0120000                       | הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר                                  | בדיקה אחת לכל שנת ביטוח כולל זוג צילומי נשך   | 44.74   | לא                     |
| D1110000                       | טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר  | 2 ישיבות לכל שנת ביטוח  | 142.26  | לא                     |
| D1120000                       | טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף |   | 142.26  | לא                     |
| D7140000                       | עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת                               | עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח  | 144.62  | מומלץ                  |
| D7140010                       | עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה                  | עקירה רגילה/ כירורגית, אחת לשן לתקופת הביטוח  | 139.96  | מומלץ                  |
| D7210000                       | עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה               | עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח לרבות הוצאת שתל**  | 344.17  | מומלץ                  |
| D3310000                       | טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי                          | מכוסה טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי **  | 344.17  | לא                     |
| D3320000                       | טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי                          |   | תעלה 1 - 344.17   | לא                     |
| D3320000                       | טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי                          |   | תעלה 2 - 474.22   | לא                     |
| D3330000                       | טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי                          |   | 602.67  | לא                     |
| D3339000                       | טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי                           |   | 602.67  | לא                     |
| D3346000                       | חידוש טיפול שורש - שן קדמית  |   | 344.17  | כן                     |
| D3347000                       | חידוש טיפול שורש - שן מלתעה  |   | תעלה 1 - 344.17   | כן                     |
| D3347000                       | חידוש טיפול שורש - שן מלתעה  |   | תעלה 2 - 474.22   | כן                     |
| D3348000                       | חידוש טיפול שורש - שן טוחנת  | 602.67  | כן  |                        |
| D3349000                       | חידוש טיפול שורש - 4 תעלות   | 602.67  | כן  |                        |
| D2140000                       | שחזור אמלגם משטח 1, משנן ראשוני או קבוע                            | סתימה אחת לכל שן בשנה.  | 179.96  | לא                     |
| D2150000                       | שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע                        |   |   | לא                     |
| D2160000                       | שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע                        |   |   | לא                     |
| D2161000                       | שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע                        |   |   | לא                     |
| D9110000                       | עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים                                    | בימי חול ובשעות העבודה, שלושה טיפולים בשנה  | 70.00   | לא                     |
|                                |  | עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבתי. שלושה טיפולים בשנה. <b>ישולם באופן פרטי ויחזור תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.</b> | 227.88  | לא                     |

\* **בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.**

בפניה לרופא הסכם - במידה ונדרש צילום נשך או צילום פריאפיקאלי, המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 20 ₪ עבור כל צילום (לרבות לצורכי ביצוע הערכה תקופתית).

\*\* תוספת של 50% לטיפול מאושר לביצוע על ידי מומחה.

**פרק ז'-מחירון לטיפול חניכיים (פריודונטליים)**

| <ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי חניכיים בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה.</li> <li>טיפול פריודונטי יבוצע לאחר השלמת הטיפול המשמר.</li> <li>כל טיפולי החניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul> |  |  |  |  |                        |
|--|--|--|--|--|------------------------|
| קודי טיפול   | תיאור הכיסוי   | דברי הסבר  | השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם | שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D0180000   | הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר                       | בדיקה פריודונטלית אחת לתקופת הביטוח.   | 35.59  | 106.77   | לא                     |
| D4355000   | הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים.    | בנוסף למכסה התקופתית בנספח המשמר, יכוסה טיפול הסרת אבנית נוסף יבוצע במרפאת מומחה למחלות חניכיים.                               |  | 142.26   | לא                     |
| D4341000   | סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות    | ארבע ישיבות לתקופת ביטוח.  | 56.49  | 169.48   | מומלץ                  |
| D4240000   | הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין | הגבלת המבטח הינה להרמת מתלה עם החלקת שורשים או לחילופין לניתוח חניכיים הכולל עיצוב עצם ** אחת לתקופת הביטוח לכל אחד מרבעי הפה. | 567.71   | 1703.12  | כן                     |
| D4260000   | ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם 4 שיניים ויותר, רבע פה            |  |  |  | כן                     |
| *מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - ההחזר למבוטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונית אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך ביניהם.   |  |  |  |  |                        |
| ** הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית או עצם מן החי או אמדוגן או ממברנה וכדומה באם נדרשת כזו.   |  |  |  |  |                        |

**פרק ח'- מחירון לטיפול כירורגיה פה ולסת**

| <ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים בכירורגיה פה ולסת כמפורט להלן.</li> <li>כל הטיפולים בכירורגיה פה ולסת יבוצעו על ידי רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul> |                             |  |  |  |                        |
|--|-----------------------------|--|--|--|------------------------|
| קודי טיפול   | תיאור הכיסוי                | דברי הסבר  | השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם | שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D7286000   | ביופסיה של חלל הפה-רקמה רכה | הוצאת רקמה מדגמית לשם בדיקת מעבדה, כולל את בדיקת המעבדה. אחד לתקופת ביטוח. |  | 727.95   | כן                     |
| D7980000   | הוצאת אבן מבלוטת/צינור הרוק | אחת בתקופת ביטוח   |  | 462.20   | כן                     |
| * בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבוטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונית אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך מביניהם.   |                             |  |  |  |                        |

**פרק ח' - מחירון לטיפול שיקום הפה (פרוטיים)**

| <ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה.</li> <li>טיפול פרוטטי יבוצע לאחר קבלת אישור המבטח מראש.</li> </ul> |                                   |  |  |  |                        |
|--|-----------------------------------|--|--|--|------------------------|
| קודי טיפול   | תיאור הכיסוי                      | דברי הסבר  | השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם | שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D2950000   | בניית תווך, כולל פנינים לסוגיהם   | מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח. החלפת מבנה ישיר - הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני. |  | 329.58   | כן                     |
| D2952000   | מבנה יצוק בתוספת לכתר             | מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח החלפת מבנה יצוק - הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.  | 166.32   | 498.95   | כן                     |
| D2751000   | כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה   | כתר אחד לשן לתקופת ביטוח, לרבות יחידה תלויה בגשר. ההחזר בגין הכתר כולל עלות הכתר הזמני.  | 408.84   | 1226.53  | כן                     |
|  |                                   | החלפת כתר - הזכאות לביצוע החלפת כתר הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת כתר תאושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.  | 572.32   | 800.00   | כן                     |
| D5110000   | תותבת שלמה לסת עליונה             | אחת לכל לסת לתקופת ביטוח, לרבות החלפת תותבת שלמה.  | 677.08   | 2031.24  | כן                     |
| D5120000   | תותבת שלמה לסת תחתונה או לחילופין |  |  |  |                        |
| * בפנייה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבוטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונית אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך מביניהם.  |                                   |  |  |  |                        |

| פרק ח'- מחירון לשתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים   |   |   |  |   |                        |
|--|---|---|--|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.</li> <li>שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה לטיפול וניתוחי חניכיים (פריודונט) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא "מורשה" בהסכם עם המבטח.</li> </ul> |   |   |  |   |                        |
| קודי טיפול   | תיאור הכיסוי  | דברי הסבר   | השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם | שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D6010000   | החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי. | 10 שתלים לכל הפה למבוטח לתקופת הביטוח, עד 5 לכל לסת. הזכאות לכיסוי ביטוחי לביצוע שתלים דנטליים ולשיקום על גבי שתלים הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.       | 1104.31  | 800.00  | כן                     |
| D6056000   | מבנה טרומי לשתל דנטלי   | מבנה אחד לכל שתל מכוסה. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.  | 166.32   | 498.32  | כן                     |
|  |   | החלפת מבנה על גבי שתל- הזכאות לביצוע החלפת מבנה על גבי שתל הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני. | 249.48   | 249.16  | כן                     |
| D6060000   | כתר חרסיה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל                         | כתר אחד לכל שתל מכוסה לרבות יחידה תלויה אחת בין שתלים. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.   | 408.84   | 1226.53   | כן                     |
|  |   | החלפת כתר על גבי שתל - הזכאות לביצוע החלפת כתר על גבי שתל הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת כתר על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.    | 613.26   | 800.00  | כן                     |
| * בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך מבניהם.  |   |   |  |   |                        |

| פרק ח'- מחירון לטיפול יישור שיניים (אורתודונטיה)  |                               |  |  |   |                        |
|---|-------------------------------|--|--|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 17 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי יישור שיניים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.</li> <li>טיפול יישור שיניים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה באורתודונטיה (יישור שיניים ולסתות) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא "מורשה" בהסכם עם המבטח.</li> </ul> |                               |  |  |   |                        |
| קודי טיפול  | תיאור הכיסוי                  | דברי הסבר  | השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם | שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם* | צורך באישור המבטח מראש |
| D8040000  | יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר | הזכאות לטיפול יישור שיניים הוא אחד לתקופת ביטוח. | 1812.65  | 2848.46   | כן                     |
| D8090000  | יישור שיניים מלא למשנן מבוגר  |  |  |   |                        |
| * בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך מבניהם.   |                               |  |  |   |                        |

\*הטבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות ובחוברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים. באפשרותך לפנות להראל ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת חרבות לכיסוי הביטוחי, החרבות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

| אופן התשלום : מרוכז ע"י בעל הפוליסה     |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| תכנית ב'                                | תכנית א'  |                           |
| 249.00 ₪<br>מתוכם 88.83 ₪ במימון המעסיק | 88.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה | עובד                      |
| 249.00 ₪                                | 133.30 ₪  | בן/בת זוג                 |
| 73.50 ₪                                 | 73.50 ₪   | * ילד עד גיל 21 שנה       |
| 188.77 ₪                                | 133.30 ₪  | ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה) |

\* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.

**דמי הביטוח עבור תכנית שכוללת כיסוי משלים לניתוחים (לבעלי שב"ן):**

| אופן התשלום : מרוכז ע"י בעל הפוליסה     |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| תכנית ב'                                | תכנית א'  |                           |
| 247.00 ₪<br>מתוכם 86.83 ₪ במימון המעסיק | 86.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה | עובד                      |
| 247.00 ₪                                | 131.30 ₪  | בן/בת זוג                 |
| 71.50 ₪                                 | 71.50 ₪   | * ילד עד גיל 21 שנה       |
| 186.77 ₪                                | 131.30 ₪  | ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה) |

\* התשלום הינו עבור 3 ילדים, מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.

\* דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.8.2019. לאחר 30 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.