

דצמבר 2019

סוג מסמך: 29119, קולקטיבי מרכז: 526163

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlktiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לצורך הצטרפות להרחבה במסלול ניתוחים מלא עבור עובדים קיימים לתכנית ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי וגמלאי תעש מערכות, עשות אשקלון ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להרחיב את תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי / גמלאי בעל הפוליסה ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים ונכדים עד גיל 30), עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה. יש לשים לב כי הטופס מיועד למבוטחים קיימים אשר קיים להם רובד בסיס ומעוניינים להרחיבו.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- עובדים / גמלאים קיימים ובני משפחותיהם המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת הפוליסה.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבור הרובד המורחב ישולמו על ירך באמצעי גביה אישי
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 יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך
------------	------	-------------------	-------	-------

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: כן לא

א. פרטי המועמדים לביטוח
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.
מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____
חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמתי בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ס"ב	מספר זהות	עובד/ת/גמלאי
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						עובד/ת/גמלאי
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						בן/בת זוג
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						ילד עד גיל 30 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 30
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						ילד בוגר מעל גיל 30

בני משפחה נוספים

זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						ילד בוגר מעל גיל 30
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						בן/בת זוג
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						נכד עד גיל 30 1
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>						2

שם רופא מטפל	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	עובד/ת
				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	
מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	מספר טלפון ניד* מספר טלפון בבית	
						כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים
עובד/ת						
בן/בת זוג						
ילד בוגר (מעל גיל 18)						

* חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן						
ילד בוגר	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	עובד/ת	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

*שב"ן- "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

ג. הצהרת הבריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד)

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 ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, שמספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון כוכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

ילד בוגר שם:	ילד 3 שם:	ילד 2 שם:	ילד 1 שם:	בן/בת זוג	עובד/ת	על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו 5 השנים האחרונות.
לא	לא	לא	לא	לא	לא	

חלק א': שאלות כלליות

1	מגיל 6 בלבד גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="radio"/> עליה <input type="radio"/> ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, סיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)	
3	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרט/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת תרופה זו?	
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרט/י האם אושפזת מעל ל-3 ימים 5 השנים האחרונות? [23]	

חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

1	מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: <input type="radio"/> מערכת העצבים* <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה* <input type="radio"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*	
2	מערכת לב וכלי דם: <input type="radio"/> לב [4] <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*	
3	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="radio"/> לחץ דם [5] <input type="radio"/> שומנים בדם [6] <input type="radio"/> סוכרת [12]	
4	מערכת הנשימה: <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="radio"/> אסטמה [3]	
5	מערכת העיכול: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> וושט [9] <input type="radio"/> כבד [10]	
6	מערכת השתן: <input type="radio"/> כלליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13]	
7	אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים [18] [19] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> שברים [18]	
8	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]	
9	עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)	
10	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*	
11	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]	
12	לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="radio"/> בעיות פריון <input type="radio"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____	

עובד/ת	בן/בת זוג		ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד בוגר שם:	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט/י:										

ד. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצגת הבריאות 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 בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולעיקפי החריגים כאמור בו.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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.
- תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998-, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות * 2735.
- 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 שנותני השירות 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 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 תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול 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, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיוגע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ה. הצהרת המועמד 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 ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - הליך הצטרפות:** ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- לידיעתך - האמור לעיל אפשרי בפוליסות המשולמות באמצעי גביה אישי בלבד ולא בפוליסות המשולמות על ידי בעל הפוליסה.**

3. 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 אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 והפיננסים) 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.
 - הרינו להודיע 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 חיוב 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.hrel.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.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, מוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתנו לביטוח המבוקש** להראל (להלן: "המבקש") כל מידע מצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותינו על כל מחלה שחליתינו בה בעבר ו/או שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לינו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

1. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (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 התואמים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

3 שנים, החל מיום 1.6.2018 ועד ליום 31.5.2021

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)**עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)****רובד הרחבה**

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד' 2	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהתייעצות נערכה לגביו. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנוחתי השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנוחתי שירות שבהסדר.

*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 או לסוכן הביטוח ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת חריגות לכיסוי הביטוחי, חריגות 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 ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ *

דמי הביטוח החודשיים בגין התקופה 1.6.2018 ועד 31.5.2019:

אופן התשלום להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים	דמי הביטוח החודשיים הנוספים ב- ₪ להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים (על פי פרק ו')	עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	10.00	בן/בת זוג של עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	10.00	ילד/נכד בוגר וכן בן/ת זוג של ילד/נכד בוגר
אמצעי גבייה אישי	1.00	*ילד/נכד עד גיל 30
אמצעי גבייה אישי	12.00	גמלאי / פורש / בן/ת זוג של גמלאי / פורש
אמצעי גבייה אישי	16.00	גמלאי / בן/ת זוג של גמלאי (מבוטחים שפרשו לגמלאות עד 5.2006)

*מהילד / נכד (באותו תא משפחתי) השלישי ואילך - ללא פרמיה

דמי הביטוח החודשיים ב ש בגין התקופה 1.6.2019 ועד 31.5.2020 ואופן תשלום דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

אופן התשלום להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים	דמי הביטוח החודשיים הנוספים ב- ש להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים (על פי פרק ו')	
אמצעי גבייה אישי	10.75	עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	10.75	בן/בת זוג של עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	10.75	ילד/נכד בוגר וכן בן/ת זוג של ילד/נכד בוגר
אמצעי גבייה אישי	1.00	*ילד/נכד עד גיל 30
אמצעי גבייה אישי	12.90	גמלאי / פורש / בן/ת זוג של גמלאי / פורש
אמצעי גבייה אישי	17.20	גמלאי / בן/ת זוג של גמלאי (מבוטחים שפרשו לגמלאות עד 5.2006)

*מהילד / נכד (באותו תא משפחתי) השלישי ואילך - ללא פרמיה.

דמי הביטוח החודשיים ב ש בגין התקופה 1.6.2020 ועד 31.5.2021 ואופן תשלום דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

אופן התשלום להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים	דמי הביטוח החודשיים הנוספים ב- ש להרחבה לכיסוי מלא לניתוחים (על פי פרק ו')	
אמצעי גבייה אישי	11.56	עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	11.56	בן/בת זוג של עובד/ת
אמצעי גבייה אישי	11.56	ילד/נכד בוגר וכן בן/ת זוג של ילד/נכד בוגר
אמצעי גבייה אישי	1.00	*ילד/נכד עד גיל 30
אמצעי גבייה אישי	13.87	גמלאי / פורש / בן/ת זוג של גמלאי / פורש
אמצעי גבייה אישי	18.49	גמלאי / בן/ת זוג של גמלאי (מבוטחים שפרשו לגמלאות עד 5.2006)

*מהילד / נכד (באותו תא משפחתי) השלישי ואילך - ללא פרמיה.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.5.2018.

הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
Please be sure to complete this form precisely and in full

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
The form is intended from women and men alike

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

א תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה		לכבוד, בנק: _____		סניף: _____		כתובת הסניף: _____	
מס' חשבון בנק		סוג חשבון		קוד מסלוקה		קוד המוסד	
				בנק		8 0 6	
				סניף			
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - ש.פ. _____ <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.							
לתשומת לבך, <ul style="list-style-type: none"> אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך. 							
1. אינו/הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.ז.הות / ח.פ. _____ מכתובת: _____							
מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות: א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.							
פרטי הרשאה לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן. חתימת בעלי החשבון: _____ תאריך: _____							

ב הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דינירס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר: _____	
שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____	
רחוב	מס' ישוב
טלפון	טלפון בית
	טלפון עבודה
	טלפון נייד
מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס
_____	_____
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם 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 תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.	
חתימת בעל הכרטיס: _____ תאריך: _____	

ג הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: _____	ת.ז.: _____
<input type="checkbox"/> לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל <input type="checkbox"/> לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____	
חתימת המשלם: _____	תאריך: _____

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".