



ינואר 2021

סופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לרופאים במרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם - למילוי עד ליום 30.6.2021

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לרופאים במרכז הרפואי איכילוב ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבור העובד ברובד אחיד לכל הכיסויים ממונים ב 50% על ידי המעסיק וב 50% על ידך באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבור בן/ת זוגך וילדך ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבור ילד מעל גיל 30 ובני משפחתי ישולמו באמצעי גבייה אישי. דמי הביטוח החודשיים ברובד ההרחבה הוולונטארי (פיצוי בגין ביטוח מחלות קשות) ישולמו באמצעות השכר (למעט ילד בוגר ובני משפחתי המשלמים באמצעי גבייה אישי) למבוטחים שיצטרפו לרובד זה.

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.	תאריך תחילת עבודה	מקום 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 וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.						
במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.						
במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גבייה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.						
חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהראל, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il .						
עובד/ת	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
עובד/ת						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"/>
בני משפחה נוספים						
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					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
עובד/ת	עיסוק	שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		
עובד/ת						
בן/בת זוג						
ילדים						
כתובת מגורים*	מבוטח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
	רחוב	מספר בית	כתובת זהה למבוטח ראשי <input type="checkbox"/>		כתובת זהה למבוטח ראשי <input type="checkbox"/>	
			רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית
יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	

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

* חובה מגיל 18

א. תכניות הביטוח המבוקשות לעובד (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי):	
תיאור	עובד
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לביטוח, עפ"י תנאי הפוליסה? (לרובד אחיד בלבד הכולל את כל הכיסויים ברובד הבסיס וההרחבה).	

*לידיעתך, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לשב"ן לביצוע ניתוחים בישראל במסגרת פוליסת פרט בחברה ולא במסגרת הביטוח הקבוצתי.

ב. תכניות הביטוח המבוקשות לבני משפחה (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי):					
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן					
תיאור	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם הנך מעוניין/ת לצרף את בני משפחתך ולרכוש את רובד ההרחבה הכולל את רובד הבסיס (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), פרקים א'-ו' עפ"י תנאי הפוליסה?					
האם הנך מעוניין/ת לצרף את בני משפחתך ולרכוש את רובד ההרחבה הכולל את רובד הבסיס (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), פרקים א'-ו' עפ"י תנאי הפוליסה?					
האם הנך מעוניין/ת לצרף את בני משפחתך לביטוח לרובד הבסיס בלבד, פרקים א'-ב' עפ"י תנאי הפוליסה?					

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

ב. מידע למועמד לביטוח
<p>1. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח במועד המצוין בדף פרטי הביטוח.</p> <p>2. תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.</p> <p>3. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי 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. ככל שהנך 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 מוקד השירותים 2735*.</p> <p>4. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:</p> <p>א. 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/פליטנום, "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.</p> <p>ב. 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.</p> <p>ג. 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).</p> <p>ד. 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 ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p> <p>5. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.</p> <p>6. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי התעריפים כמפורט בפוליסת הביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בעת מעבר ילד לגיל בוגר על פי תנאי הפוליסה.</p> <p>גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).</p>
*לידיעתך, כעובד, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לשב"ן לביצוע ניתוחים בישראל במסגרת פוליסת פרט בחברה ולא במסגרת הביטוח קבוצתי.
ג. הצהרת המועמדים לביטוח
<p>1. אני/אנו החתומים 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.</p>

לרכישת כיסוי לפיצוי בגין מחלה קשה יש למלא את עמוד 6

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				

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025.

עיקרי הכיסויים בפוליסה*

רובד הרחבה הכולל את רובד הבסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א' 1	השתלות	הוצאות רפואיות בגין השתלה - כיסוי מלא עבור סעיפים 1.3.4 - 1.3.1 בפרק. סכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ש"ח עבור סעיפים 1.3.13 - 1.3.5 בפרק. גמלה לאחר ביצוע השתלה של 7,000 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים.
א' 2	טיפולים מיוחדים בחו"ל	טיפול מיוחד בחו"ל בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (ללא תקרה).
א' 3	ניתוחים בחו"ל	טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתיאום עם המבטח - עד תקרת שיפוי בגובה 1,000,000 ש"ח.
ב'	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית	כיסוי לרכישת תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואושרו בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 3,000,000 ש"ח לתקופה של שנתיים. לאחר שנתיים סכום זה יתחדש לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים מחדש עד סוף תקופת ההסכם.
ג' 1	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: 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. 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 לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.
ג' 2	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן	הכיסוי הביטוחי מקנה שיפוי מלא (החזר עלות), לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה: 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. 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 - זאת 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 לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פלטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".
ד'	ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,200 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 15% ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 6,500 ש"ח לכל בדיקה ועד תקרה של 15,000 ש"ח לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 15%. וכיסויים נוספים על פי המפורט בפרק
ה	חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל	עד 8,200 ש"ח עבור חוות דעת שנייה בחו"ל. עד 20,000 ש"ח עבור בדיקות המבוצעות בחו"ל, בין היתר פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ועוד.
ו'	ייעוץ טיפול פסיכולוגי	החזר בגין מצב רפואי של מבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך. כיסוי עד 180 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה.
ז'	רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי כמוגדר בתנאים. עד 150 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
ח'	ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה	החזר בגין הזרקות לעמוד שדרה שבוצעו אלקטיבית במהלך אשפוז (למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה). כיסוי עד 10,000 ש"ח לכל שנת ביטוח.
ט'	טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	טיפול מחליף ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שבהסדר בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (ללא תקרה). טיפול מחליף ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסדר שלא בוצע בתיאום עם המבטח - עד תקרת שיפוי בגובה 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר". אם היה מבוצע בישראל, או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגובה מביניהם.
י'	כתב שירות - רופא מלווה אישי	רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה לשמך 3 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 380 ש"ח.

קיימים כיסויים נוספים בתחום האמבולטורי (פרק ד'). הפירוט לכיסויים אלו מופיע החוברת הפוליסה המכילה את תנאי הפוליסה המלאים.

רובד הבסיס בלבד

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א' 1	השתלות	הוצאות רפואיות בגין השתלה - כיסוי מלא עבור סעיפים 1.3.1 - 1.3.4 בפרק. סכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ש"ח עבור סעיפים 1.3.13 - 1.3.5 בפרק. גמלה לאחר ביצוע השתלה של 7,000 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים.
א' 2	טיפול מיוחד בחו"ל	טיפול מיוחד בחו"ל בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (ללא תקרה). טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתיאום עם המבטח - עד תקרת שיפוי בגובה 1,000,000 ש"ח.
א' 3	ניתוחים בחו"ל	כיסוי מלא עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן הוצאות נוספות, בין היתר הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.
ב'	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית	כיסוי לרכישת תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואושרו בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 3,000,000 ש"ח לתקופה של שנתיים. לאחר שנתיים סכום זה יתחדש לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים מחדש עד סוף תקופת ההסכם.

רובד הרחבה וולונטארי - הצטרפות לכיסוי והצהרת בריאות בעמוד 6 לטופס זה

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
י"א	פיצוי בגין מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. פיצוי על פי מנות של 50,000 ש"ח בעת גילוי מחלה קשה לכל אחת מארבע קבוצות המחלות המפורטות בפוליסה.

*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, בחלק מהכיסויים בפוליסה מופיעות החרגות לכיסוי הביטוחי 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 - ש"ח *

דמי הביטוח החודשיים עבור העובד/ת הכוללים את פרקים א' - י' (בגין רובד הרחבה הכולל את רובד הבסיס, בהתאם לפירוט מעלה): 128.40 ש"ח - 50% מדמי הביטוח ישולמו על ידי המעסיק ו-50% על ידך באמצעות ניכוי מהשכר.

דמי הביטוח החודשיים עבור בני המשפחה בש"ח ואופן תשלומם:

רובד הרחבה הכולל את רובד הבסיס - פרקים א' - י'			
סוג מבוטח	לפי מסלול ניתוחים מלא מהשקל הראשון	לפי מסלול ניתוחים - משלים שב"ן	אופן הגבייה
בן/ת זוג	137.00	135.00	ניכוי משכר
ילד עד גיל 30	34.69	33.69	
תעריף לבית אב כולל הילדים עד גיל 30 (ללא עובד/ת)	206.38	202.38	
ילד מעל גיל 30	85.94	83.94	ניכוי משכר (ניתן גם באמצעי גבייה אישי)
בן/ת זוג של ילד	85.94	83.94	
ילד של ילד (נכד)	34.69	33.69	

דמי הביטוח החודשיים עבור בני המשפחה בגין רובד הבסיס בלבד ואופן תשלומם:

רובד בסיס - פרקים א' - ב'		
סוג מבוטח	פרמיה בש"ח	אופן הגבייה
בן/ת זוג	17.00	ניכוי משכר
ילד עד גיל 30	6.80	
תעריף לבית אב כולל הילדים עד גיל 30 (ללא עובד/ת)	30.60	
ילד מעל גיל 30	17.00	אמצעי גבייה אישי / ניכוי משכר
בן/ת זוג של ילד	17.00	
ילד של ילד (נכד)	6.80	

דמי הביטוח החודשיים בגין הרחבה וולונטארית בלבד לפיצוי לגילוי מחלה קשה ואופן תשלומם: (מותנה ברכישה של רובד הבסיס לכל הפחות)

רובד הרחבה וולונטארית - פרק י"א		
גילאים	פרמיה בש"ח	אופן הגבייה
0-30	3.28	ניכוי משכר (למעט ילד בוגר ומשפחתו המשלמים באמצעי גבייה אישי)
31-40	9.88	
41-50	24.17	
+51	76.85	

מהילד השלישי ואילך - חינם

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2020. לאחר 30 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

חלק זה מיועד אך ורק למי שמעוניין לרכוש הרחבה לפיצוי בגין גילוי מחלות קשות

למצטרפים לכיסוי פיצוי בגין מחלה קשה - יש למלא הצהרת בריאות בעמוד 6						
תיאור	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי ולרכוש את רובד ההרחבה הוולונטארי הנוסף (פיצוי בגין מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים) עפ"י תנאי הפוליסה?	סמן עבור מי מבני המשפחה ברצונך לרכוש ביטוח לפיצוי בגין מחלות קשות וכמה מנות עבור כל אחד.					
סכום ביטוח בגובה 50,000 ₪ (מנה אחת)						
סכום ביטוח בגובה 100,000 ₪ (שתי מנות)						
סכום ביטוח בגובה 150,000 ₪ (שלוש מנות)						
סכום ביטוח בגובה 200,000 ₪ (ארבע מנות)						
סכום ביטוח בגובה 250,000 ₪ (חמש מנות)						
סכום ביטוח בגובה 300,000 ₪ (שש מנות)						
סכום ביטוח בגובה 350,000 ₪ (שבע מנות)						
סכום ביטוח בגובה 400,000 ₪ (שמונה מנות)						
סכום ביטוח בגובה 450,000 ₪ (תשמע מנות)						
סכום ביטוח בגובה 500,000 ₪ (עשר מנות)						

*הצירוף לפיצוי בגין מחלה קשה מותנה במילוי הצהרת הבריאות בעמוד זה מטה.

הצהרת הבריאות

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.

יש למלא הצהרת בריאות רק בעת בקשה להצטרף לכיסוי מחלות קשות - חל אך ורק על ההרחבה למחלות קשות

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 ב 5 השנים האחרונות.											
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	לא	כן

חלק א': שאלות כלליות

1	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:										
1.1	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה בגב ועמוד שדרה [21]										
1.2	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה במפרקים [20/ 19 / 18]										
1.3	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה בשברים [18]										
1.4	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה בלב [4]										
1.5	האם ב 5- השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות לצורך טיפול ב: יתר לחץ דם [5]										
1.6	האם ב 5- השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות לצורך טיפול ב סוכרת [12]										
1.7	מחלה/ גידול ממאיר (סרטן)?*										
2	האם הנך נוטלת תרופות באופן קבוע?*										
3	האם אושפזת מעל ל - 3 ימים ב - 5 שנים האחרונות? [23]										
4	האם עברת ניתוח או טיפול רפואי ב - 5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח או טיפול רפואי?										
5	האם הנך נזקק לעזרה כלשהי בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסגרים, נידודת?										

1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי אך ורק לצירוף לכיסוי לפיצוי בגין מחלות קשות בחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 2. הרושתי בידי החברה להחליט על קבלת הצעה או דחייתה.
 3. בהצטרפות לכיסוי בגין פיצוי בעת גילוי מחלה קשה, גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישנתו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח.
 4. 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 המידית 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.

5. **ויתור על סודיות רפואית:**

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות ליועץ ו/או לבעל הפוליסה ו/או 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, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לצורך הליך בחינת קבלתי/נו לביטוח המבוקש ו/או לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם 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/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים 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 עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. **יובהר כי הליך בחינת קבלתי/נו לביטוח המבוקש יתייחס לנושאים המפורטים בהצהרת הבריאות המפורטת בחלק א' בטופס זה בלבד.** כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

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

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

א תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה
 לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)		
		סניף	בנק		6	0	8

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש.
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום / /

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.זהות / ח.פ. _____

מכתובת: _____

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
-------	-----	-----	------

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:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- 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.
- 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.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא 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 ותוספותיהן/ן.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ב הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינירס לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר: _____

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

מיקוד	ישוב	מס'	רחוב
-------	------	-----	------

מס' הכרטיס	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
------------	-----------	-------------	------------

מס' 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, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר 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.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב').

לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.

תאריך: _____ שם המשלם: _____ ת"ז המשלם: _____ חתימת המשלם: _____

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



09/2020 27661.14 הראל | תל אביב