



^dt29160

סוג מסמך: 29160 קולקטיב מרכז: 875663

משרד 370



ביטוח ופיננסים | בשביל השקט הנפשי שלך

טופס מלא וחתום, על כל חלקיו, יש להעביר במייל [kol.ta@harel-ins.co.il](mailto:kol.ta@harel-ins.co.il).

דצמבר 2020

**טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לרופאי המרכז הרפואי תל אביב ובני משפחותיהם**

מועד אחרון להצטרפות 30.6.2021

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד.  
 עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ג/ז)
עובד/ת					
בן/בת זוג					
ילדה עד גיל 21 שנים					
ילדה עד גיל 21 שנים					
ילדה עד גיל 21 שנים					
ילדה מעל גיל 21 שנים					
ילדה מעל גיל 21 שנים					
כתובת מגורים*	מבטוח ראשי (עובד/ת) מצב משפחתי ר / נ / ג / א	בן/בת זוג	ילדים מעל גיל 18 שנים		
	תאריך תחילת עבודה ___/___/___	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטוח ראשי	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטוח ראשי		
	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב	מספר בית
	מספר בית	מספר בית	מספר בית	מספר בית	מספר בית
	יישוב	יישוב	יישוב	יישוב	מיקוד
	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*
	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	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 שנים)	@			

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).

**ב. התכנית המבוקשת (יש לסמן  במשבצת המתאימה):**

- מבקש לצרף אותי בלבד לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין המרכז הרפואי תל אביב וועד הרופאים של המרכז הרפואי תל אביב (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין המרכז הרפואי תל אביב וועד הרופאים של המרכז הרפואי תל אביב (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

**ג. דמי הביטוח**

הפרמיה הינה פרמיה משתנה כמפורט בסעיף בטבלה שלהלן בהתאם לגיל וסטטוס.

כיסוי ביטוחי	עובד/ת*	בן/בת זוג	ילדה/בוגר מעל גיל 21 שנים	ילדה עד גיל 21 שנים
טיפולים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים	107.37 ₪ מתוכם 50% במימון המעסיק.	110.83 ₪	103.90 ₪	
טיפולים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים ויישור שיניים לילדה				36.94 ₪

\* דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו בחלקם על ידי המעסיק לא כולל שווי מס בגין ההטבה. יתרת דמי הביטוח עבורך ינוכו משכרך.

דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך, לרבות ילדים בוגרים מעל גיל 21 שנה.

- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והם נכונים ליום 1.1.2021, על פי מדד נובמבר 2020 שפורסם ב- 15.12.2020.
- ילדה/שלישית (עד גיל 21 שנים) ואילך יצורף לתכנית הביטוח ללא עלות.
- ילדה/עד גיל 4 שנים יצורף לתכנית הביטוח ללא עלות.

**ד. תנאים כלליים:**

<b>פירוט</b>	<b>נושא</b>
5 שנים, החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025.	<b>משך תקופת הביטוח</b>
בהתאם להסדר שנקבע מול המעסיק.	<b>מועדי גבייה</b>
<p>מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 2-1 להלן:</p> <p>1. מבוטח רשאי לדרוש החזר כספי ממוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:</p> <p>א. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "<b>התקופה הקובעת</b>"). לעניין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבוטח או אצל מבוטח אחר (להלן: "<b>חידוש הפוליסה</b>") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו כמועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.</p> <p>ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.</p> <p>2. גובה החזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.</p> <p>לעניין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו:</p> <p>"<b>סך תגמולי הביטוח</b>" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.</p> <p>"<b>סך הפרמיות</b>" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), הפרמיות לצורך חישוב החזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.</p>	<b>ביטול הביטוח</b>
<p>לידיעתך, הפוליסה כוללת סייגים לחבות המבוטח, השתתפות עצמית ותקרת החזר לטיפולים המכוסים. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת הנספחים הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.</p>	

**ה. תמצית ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם**

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

הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.1.2021 על פי מדד חודש נובמבר 2020 שפורסם ב-15.12.2020 והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.

מחירון לטיפולים משמרים				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבוטח מראש
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	שתי בדיקות לשנת ביטוח.	200	לא
D1110000	טיפול מונע - מבורג. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר	למבוטחים מעל גיל 12 שנים - 4 הסרות אבן בשנת ביטוח, ללא הגבלת זמן בין ישיבה לישיבה.	200	לא
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף	למבוטחים מתחת לגיל 12 שנים - 2 הסרות אבן בשנת ביטוח, ללא הגבלת זמן בין ישיבה לישיבה.	200	לא
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש שחוף, שן אחת	עקירה רגילה.	400	לא
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה למטרה אורתודונטית.	400	לא
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	לרבות עקירת שן סופר נומר כירורגית.	560	לא
D3320000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	<b>תעלה אחת</b> - שן קדמית/ שן מלתעה/ שן טוחנת.	650	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	<b>2 תעלות</b> - שן מלתעה/ שן טוחנת.	תעלה 1 - 650	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		2 תעלות - 750	לא
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		3 תעלות - 850	לא
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		950	לא
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית	<b>תעלה אחת</b> - שן קדמית/ שן מלתעה/ שן טוחנת.	720	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		תעלה 1 - 720	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		2 תעלות - 890	כן
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		3 תעלות - 960	כן
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		1080	כן
D2140000	שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לשן בשנה.	300	לא
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		300	לא
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		300	לא
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		300	לא
D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	עזרה ראשונה ביום.	450	לא
		בלילה או בימי שישי שבת ערבי חג ויחולל בשלום כנקוב בעמודת החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם.	800	לא

הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

מחירון לטיפול וניתוחי הניכיים (פריודונטיים)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי הניכיים בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה.</li> <li>טיפול פריודונטי יבוצע לאחר קבלת אישור החברה מראש.</li> <li>כל טיפולי הניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות הניכיים (פריודונטיים), בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח הפונה לרופא בהסכם	החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	בדיקת אחת לשנתיים.		200	לא
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	לרבע פה לכל שלוש שנות ביטוח.	75	450	לא
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה. או לחילופין	"הרמת מתלה" - ניתוח הניכיים. "עיצוב עצם" - השתלת עצם. הכיסוי מוגבל לאחד משני הניתוחים, לכל אחד מרבעי הפה, אחת לשלוש שנות ביטוח. יובהר כי, ניתוח זה אינו קשור להשתלת עצם. יכוסו ניתוחי הניכיים גם לפני ביצוע שתלים. התשלום עבור הניתוחים יהיה עבור רבע פה, גם אם נותרו רק חלק מן השיניים באותו הרבע.	335	2250	כן
D4260000	ניתוח הניכיים כולל עיצוב עצם 4 שיניים ויותר, רבע פה			3900	כן
<p>הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>					

מחירון לטיפול שיקום הפה (פרותטיים)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה.</li> <li>טיפול משקם יבוצע לאחר הגשת תוכנית טיפולים למבטח לצורך אישור מוקדם של המבטח לפני הטיפול וקבלת אישורו בכתב לביצוע התוכנית במלואה או בחלקה.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח הפונה לרופא בהסכם	החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	מבנה ישיר בנוסף לכתר, לרבות החלפת מבנה	90	420	כן
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	לרבות החלפת מבנה	145	560	כן
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	כתר חרסינה/ויניר, לרבות החלפת כתר	400	1560	כן
D5110000	תותבת שלמה עליונה	לרבות החלפת תותבת	475	2500	כן
D5120000	תותבת שלמה תחתונה				כן
<p>הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>					

מחירון לשתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת מעל גיל 21 יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.</li> <li>התקנת שתל תבוצע לאחר הגשת תוכנית טיפולים למבטח חתומה על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת ו/או מומחה לטיפול ומחלות הניכיים (פריודונטי) ו/או מומחה לשיקום הפה, לצורך קבלת אישורו של המבטח בכתב לפני ביצוע התוכנית במלואה או בחלקה.</li> <li>שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה לטיפול וניתוחי הניכיים (פריודונטי) ו/או מומחה לשיקום הפה בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח הפונה לרופא בהסכם	החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כפת ריפוי	12 שתלים לכל הפה. לרבות החלפת שתל.	1150	2200	כן
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	לרבות החלפת מבנה	170	650	כן
D6058000	כתר חרסינה על שתל	לרבות החלפת כתר.	400	1560	כן
<p>הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>					

מחירון לטיפול יישור שיניים (אורתודונטיה)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 21 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 אצל רופאים ששמותיהם מופיעים ברשימת הרופאים המומחים ואשר הוסכם עליהם בין המבטח והיועץ מטעם בעל הפוליסה.</li> <li>הכיסוי הינו לטיפול יישור שיניים אחד לילד לשנת ביטוח.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח הפונה לרופא בהסכם	החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	טיפול חלקי בלסת אחת (עליונה) / תחתונה.	3000	4820	כן
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר	טיפול מלא בשתי לסתות (עליונה ותחתונה).	4300	6740	כן
<p>הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>					

**ו. מידע למועמד לביטוח**

1. התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח במועד הנקוב בדף פרטי הביטוח, אשר ישלח למבוטח לאחר הצטרפותו לביטוח.
3. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם ובפוליסה בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין **המרכז הרפואי תל אביב וועד הרופאים של המרכז הרפואי תל אביב** ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
4. בחודש העוקב לחודש בו תחדל להיות מועסק על ידי המעסיק, יבוטל ביטוח זה עבורך ועבור בני משפחתך.
5. 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.
6. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
7. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיוגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

**ז. הצהרת והתחייבות המועמדים לביטוח**

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") לבטח אותי/נו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש.
  - א. אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
  - ב. בחתימתי זו (מבוטח ראשי), הריני נותן **המרכז הרפואי תל אביב וועד הרופאים של המרכז הרפואי תל אביב** הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרי, כפי שיפורט להלן, את דמי הביטוח החודשיים עבורי ועבור בני משפחתי, ככל שצורפו, כמפורט לעיל ולהעבירם להראל למשך כל תקופת הביטוח לפי התעריף, התקופה והתנאים, כמתחייב מההסכם הקולקטיבי שנחתם בין המרכז הרפואי תל אביב וועד הרופאים של המרכז הרפואי תל אביב לבין הראל.

**2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

ק	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. 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) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, 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.

ב. 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 ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג 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.

**3. 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 לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי/נו לביטוח המבוקש** 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 עצבוננו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

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