

פברואר 2023

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlqtiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
 - עמיתים חדשים ובני משפחתם המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת העסקתם.
 - ילדים בוגרים מעל גיל 24 וילדיהם עד גיל 24 (נכדים) המצטרפים לביטוח.
 - בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עמית חדש.
 - תינוק (של עובד) המצורף לביטוח לאחר 180 יום, מיום היוולדו.

לידיעתך:
 דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעי גבייה אישי.

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

שם העמית/ה	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 שרשמת 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.

עמית/ה	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בן/בת זוג						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד עד גיל 24	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"/>
	4					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
	5					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד בוגר מעל גיל 24						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד בוגר מעל גיל 24						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד בוגר מעל גיל 24						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד בוגר מעל גיל 24						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
נכד עד גיל 24	1					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
נכד עד גיל 24	2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
נכד עד גיל 24	3					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

ש"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם קופת חולים		עיסוק		עמיתה	
בן/בת זוג							
ילדים מעל גיל 18		בן/בת זוג		מבטוח ראשי (עמיתה)		כתובת מגורים	
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטוח ראשי		<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבטוח ראשי		מספר בית		רחוב	
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	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	
						עמיתה	
						@	
						בן/בת זוג	
						@	
						ילד בגיר (מעל גיל 18)	
						@	

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן 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	עמיתה	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה?
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה?

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

תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן במקום הרלוונטי):
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן

נכד 3	נכד 2	נכד 1	ילד בוגר	ילד בוגר	ילד בוגר	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה?
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה?

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

דמי הביטוח החודשיים ב - נ *

גיל המבטוח	מסלול ניתוחים מ"השקל הראשון"	מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	אופן הגבייה
0-20	36.36	32.76	ניכוי משכר או אמצעי גבייה אישי
21-30	93.6	86.4	
31-40	102	96	
41-50	138	129.6	
51-55	144	132	
56-60	162	150	
61-65	174	162	
+66	174	162	

ילד עד גיל 24

התשלום עבור 3 ילדים של עמית-מבטוח, החל מהילד הרביעי ללא תוספת פרמיה.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.10.2020. לאחר 24 חודשים ממועד תחילת הביטוח וכעבור 24 חודשים נוספים, יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

א. 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.

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

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

1	מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: מערכת העצבים* ○ אירוע מוחי* ○ אפילפסיה [22] ○ טרשת נפוצה* ○ הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*										
2	מערכת לב וכלי דם: ○ לב [4] ○ כלי דם [7] ○ מחלת דם*										
3	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: ○ לחץ דם [5] ○ שומנים בדם [6] ○ סוכרת [12]										
4	מערכת הנשימה: ○ ריאות ודרכי הנשימה [3] ○ אסטמה [3]										
5	מערכת העיכול: ○ קיבה [9] ○ מעיים [9] ○ ושת [9] ○ כבד [10]										
6	מערכת השתן: ○ כליות [13] ○ דרכי השתן [13]										
7	אורתופדיה ומערכת השלד: ○ גב ועמוד השדרה [21] ○ ברכיים ○ מפרקים [18][19] [20] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ 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): ○ שדיים [15] ○ מערכת גניקולוגית [15] ○ בעיות פרוין ○ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____										

ספורט מקצועני (שאלה עבור מבוטחים בגירים מעל גיל 18 - נא לסמן במקום הרלוונטי):

חובה למענה - ברכישת כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל											
עמיתה		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
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי/י: _____											

ב. מידע למועמד לביטוח

1. 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 ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
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 פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998-, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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/ה להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
8.
 - 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/פלטיון", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא" (וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
 - 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.
 - 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').
 - ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/הויה 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.
9. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
10. 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 היום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, ירא את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ג. הצגת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתום/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 מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
2. הליך הצטרפותי:
 - 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).
3. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. 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, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

4. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוףך לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתו/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/נוחלה 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. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

6. הסכמה על שימוש במידע

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) 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.

7. קבלת דבר פרסומת

הריון 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 ו/או שותפיה העסקיים, 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.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.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

ד. 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 עמדת 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 התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025.

עיקרי הכיסויים בפוליסה*

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (ללא תקרה) אצל נותן שירות שבהסכם. הוצאות רפואיות בגין השתלה שלא בתיאום עם המבטח - עד תקרת שיפוי בגובה 4,500,000 ₪ אצל נותני שירות שאינם בהסכם. גמלה לאחר ביצוע השתלה למבטח מעל גיל 21 בסך של 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. גמלה לאחר ביצוע השתלה למבטח עד גיל 21 בסך של 2,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל/ טיפול מחליף ניתוח טיפול מיוחד בחו"ל בתיאום עם המבטח ואצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה) טיפול מיוחד בחו"ל שלא בתיאום עם המבטח ואצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,200,000 ₪.
ה'	ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מראש של המבטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה - כיסוי מלא. ללא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות הניתוח בארץ. פרק זה כולל כיסוי להוצאות שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, רופא מרדים, בדיקות במהלך הניתוח, הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל.
ו'	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	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 למבטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על פי תנאי הפוליסה. עד 4,000,000 ₪ בתקופת הביטוח.
ז'	שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מלה קשה	שיפוי בגין הוצאות הרפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. תקרות השיפוי מפורטות בכל סעיף בפרק בכפוף להשתתפות עצמית.
ח'	ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	המבטח 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 שההתייעצות נערכה לגביו. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל הוצאות 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 המבטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.
ח' 1	ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן - פרק זה יחול במקום פרק ח', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי משלים לניתוחים.	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 ₪ 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 הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".
ט'	שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל	שירות רפואי או שיקומי שניתן למבטח בישראל לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל. בין היתר, שכר אחות פרטית בבית חולים לאחר ביצוע ניתוח: עד 320 ₪ ליום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בבית החלמה מוכר: עד 750 ₪ לכל יום החלמה עד 14 ימים.
י'	מרפאת מומחים ובדיקות אבחון	ביצוע ייעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח. בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה: עד 800 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 10,000 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.
יא'	הוצאות רפואיות נוספות	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר, אביזרים רפואיים: עד 7,000 ₪ לכל תקופת הביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 40%. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח): עד 250 ₪ לכל טיפול ועד 10 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

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

לידיעתך, הפוליסה כוללת חרגות לכיסוי הביטוחי, חרגות 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.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, בתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה

א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: סניף: כתובת הסניף:

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		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. / /
 מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25

לתשומת לבך,

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

מכתובת:

רחוב מס' עיר מיקוד

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 לידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה 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 תעשו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - 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.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: לאומי ויזה ויזה כאל ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס אחר

תוקף הכרטיס	מס' הכרטיס
-------------	------------

- לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.
- סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם 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, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: שם בעל הכרטיס: ת"ז בעל הכרטיס: חתימת בעל הכרטיס:




dt2511

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).

2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה:
חשוב לדעת, בקשה זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

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

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

שם המשלם שאינו המבוטח	רחוב	מספר	יישוב	טלפון נייד

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? הורה ילד אחר.....

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

שם המשלם	מספר זהות המשלם	תאריך	חתימת המשלם
			