

דצמבר 2020

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

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי עיריית תל אביב יפו והמרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם - למילוי החל מיום 1.7.2021

הנני מבקש/ת בזה מהרצל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי עיריית תל אביב יפו וארגון העובדים של עיריית תל אביב יפו ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:

- בני משפחה של עובדים קיימים אשר היו מבוטחים ברובד הבסיס בלבד ומרחיבים את הביטוח, לאחר 180 ימים ממועד תחילת הביטוח.
- עובדים חדשים המצטרפים לאחר 180 ימים, מיום זכאותם.
- בני משפחה של עובדים המצטרפים לאחר 180 ימים, מיום תחילת זכאותם.
- עובדים ובני משפחתם המבקשים לרכוש הרחבה לביטוח מחלות קשות.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך (עובד) ברובד אחיד לכל הכיסויים ישולמו בחלקם על ידי המעסיק ובחלקם האחר על ידך באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבור בן/ת זוגך וילדך ברובד הבסיס וברובד ההרחבה ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבור ילד מעל גיל 30 ובני משפחתו ברובד הבסיס וברובד ההרחבה ישולמו באמצעי גבייה אישי. דמי הביטוח החודשיים ברובד ההרחבה הוולונטארי (פיצוי בגין ביטוח מחלות קשות) ישולמו באמצעות השכר (למעט ילד בוגר ובני משפחתו המשלמים באמצעי גבייה אישי) למבטחים שיצטרפו לרובד זה.

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	מקום עבודה	חתימה	תאריך

מקום עבודה (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי): ☐ עובדי עיריית תל אביב יפו והמרכז הרפואי איכילוב (370)

☐ עיריית תל אביב יפו - עובדים יומיים (375) ☐ עיריית תל אביב יפו - תגמולים (371)

☐ עיריית תל אביב יפו - עמותה לתרבות נופש ופנאי (372) ☐ עיריית תל אביב יפו - ארגון העובדים (373)

☐ עיריית תל אביב יפו - עמותה לקידום מקצועי (376)

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 בהרצל.

חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהרצל, 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 ☐ נקבה ☐
בן/בת זוג						זכר ☐ נקבה ☐
ילד עד גיל 30	1					זכר ☐ נקבה ☐
	2					זכר ☐ נקבה ☐
	3					זכר ☐ נקבה ☐
ילד בוגר מעל גיל 30						זכר ☐ נקבה ☐

תואר	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
האם הנך מעוניין/להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור ולרכוש את רובד ההרחבה הוולונטארי (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 ₪ (תשע מנות)						
סכום ביטוח בגובה 500,000 ₪ (עשר מנות)						

*הצירוף לפיצוי בגין מחלה קשה מותנה במילוי הצהרת בריאות.

ב. 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.																														
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.																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>עובד/ת</th> <th>בן/בת זוג</th> <th>ילד 1 שם:</th> <th>ילד 2 שם:</th> <th>ילד 3 שם:</th> <th>ילד בוגר שם:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>לא</td> <td>לא</td> <td>לא</td> <td>לא</td> <td>לא</td> <td>לא</td> </tr> <tr> <td>כן</td> <td>כן</td> <td>כן</td> <td>כן</td> <td>כן</td> <td>כן</td> </tr> </tbody> </table>													עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:	לא	לא	לא	לא	לא	לא	כן	כן	כן	כן	כן	כן
עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:																									
לא	לא	לא	לא	לא	לא																									
כן	כן	כן	כן	כן	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]																													
	האם ב 5- השנים האחרונות נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות לצורך טיפול ב סוכרת [12]																													
1.6	מחלה/ גידול ממאיר (סרטן)?*																													
2	האם הנך נוטל/ת 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 הסוגרים, ניידות?																													

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

עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:
לא	לא	לא	לא	לא	לא
כן	כן	כן	כן	כן	כן

חובה למענה - ברישית כיסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל

האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועי אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרט/י: _____

ג. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהיו 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 לסעיפי החריגים כאמור בו.
- 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.
- 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 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/פלטיון, "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 משלב 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 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 תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

- שירות צבאי:** ובהר 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: יראה את יום הולדתו של המבוטח כאליו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראה את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

לידיעתך, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לביצוע במסגרת פוליסת פרט בחברה.

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ות מטה מבקשים/ות 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/ות 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/ות על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף ואודותינו, 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 לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסים 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 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 חיגוי אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
- אם אינך מסכים/ות 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.

4. ויתור על סודיות רפואית

- אני/נו החתומים/ות מטה נותנים/ות בזה רשות ליועץ ו/או לבעל הפוליסה ו/או לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או 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 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/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרי/ם על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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.

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

ה. 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 התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

עיקרי הכיסויים בפוליסה (*)

רובד בסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי 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 ₪ עבור סעיפים 1.3.5 - 1.3.13 בפרק. גמלה לאחר ביצוע השתלה של 7,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים.
א' 2	טיפולים מיוחדים 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 ₪.
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 כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבטח 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

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 ידי נותני 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 - וזאת 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 ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "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 אבחנותיות: עד 6,500 ש"ח לכל בדיקה ועד תקרה של 15,000 ₪ לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 15%.
ה	חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל	עד 8,200 ₪ עבור חוות דעת שנייה בחו"ל. עד 20,000 ₪ 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 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה.
ז'	רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי כמוגדר בתנאים. עד 150 ₪ 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 ₪ 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, הגבוה מבניהם.
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 ₪.

קיימים כיסויים נוספים בתחום האמבולטורי. הפירוט לכיסויים אלו מופיע החוברת הפוליסה המכילה את תנאי הפוליסה המלאים.

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 - נח *

דמי הביטוח החודשיים הכוללים את פרקים א' - י' :

עבור עובד/ת - 128.40 ₪

דמי הביטוח החודשיים בגין רובד הבסיס ואופן תשלומם:

רובד בסיס - פרקים א' - ב'		
סוג מבטח	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 בש"ח בגין רובד ההרחבה ואופן תשלומם:

רובד הרחבה - פרקים ג' - י'			
סוג מבטח	לפי מסלול ניתוחים מלא מהשקל הראשון	לפי מסלול ניתוחים משלים שב"ן	אופן הגבייה
בן/ת זוג	120.00	118.00	ניכוי משכר
ילד עד גיל 30	27.89	26.89	
תעריף לבית אב כולל הילדים עד גיל 30 (ללא עובד/ת)	175.78	171.78	
ילד מעל גיל 30	68.94	66.94	ניכוי משכר (ניתן גם באמצעי גבייה אישי)
בן/ת זוג של ילד	68.94	66.94	
ילד של ילד (נכד)	27.89	28.89	

דמי הביטוח החודשיים בגין הרחבה וולונטארית לפיצוי לגילוי מחלה קשה ואופן תשלומם:

רובד הרחבה וולונטארית - פרק י"א		
גילאים	פרמיה בש"ח	אופן הגבייה
0-30	3.28	ניכוי (למעט ילד בוגר ומשפחתו המשלמים באמצעי גביה 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.

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 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' תזוהות / 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:

- 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 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 הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דינירס ☐ לאומי קארד ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר: _____									
שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____									
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד			
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.

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".

