

יוני 2021

## טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי קבוצת סנו ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי קבוצת סנו 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:  
 - עובדים חדשים ובני משפחתם המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתם.  
 - עובדים קיימים ובני משפחתם המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת הביטוח.  
 - בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עובד חדש.  
 - עובדים חדשים המצטרפים לרובד ההרחבה, לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתם.  
 - עובדים קיימים המצטרפים לרובד ההרחבה לאחר 90 יום, מיום תחילת הביטוח.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים ברובד הבסיס עבור עובד זכאי (הסכם קיבוצי) ישולמו על ידי המעסיק כולל שווי המס.  
 דמי הביטוח החודשיים ברובד הבסיס עבור בני משפחה של עובד זכאי (הסכם קיבוצי) ישולמו על ידי המעסיק כולל שווי המס.

דמי הביטוח החודשיים ברובד הבסיס עבור עובד שאינו זכאי (חוזה אישי) ישולמו משכר העובד.  
 דמי הביטוח החודשיים ברובד הבסיס עבור בני משפחה של עובד שאינו זכאי (חוזה אישי) ישולמו משכר העובד.

דמי הביטוח החודשיים ברובד ההרחבה עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעי תשלום 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 לכך 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.  
 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 גביה 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](http://www.harel-group.co.il).

עובד/ת	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין

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

\* חובה מגיל 18

<b>ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי):</b>					
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 להצטרף לרובד הבסיס, עפ"י תנאי הפוליסה?
					האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה (מסלול ניתוחים מלא), עפ"י תנאי הפוליסה?
					האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה?

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

### דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ \*

סוג מבוטח	עלות רובד בסיס	אופן התשלום
עובד/ת (זכאי) הסכם קיבוצי	₪ 21.00	משולם ע"י מעסיק; כולל תשלום שווי מס
עובד שאינו זכאי (חוזה אישי)	₪ 21.00	משולם משכר העובד
בן/ת זוג ילד מעל גיל 25 שנה	₪ 21.00	<u>בני משפחה של עובד בהסכם קיבוצי:</u> משולם ע"י מעסיק כולל שווי המס
	₪ 9.00	<u>בני משפחה של עובד בחוזה אישי:</u> משולם משכר העובד

גיל	עלות רובד הרחבה	
	מסלול משלים שב"ן	מסלול שקל ראשון
0-30	₪ 40.00	₪ 41.00
31-40	₪ 84.00	₪ 86.00
41-50	₪ 108.00	₪ 110.00
51-60	₪ 142.00	₪ 144.00
61-65	₪ 203.00	₪ 205.00
+66	₪ 230.00	₪ 232.00

\* דמי הביטוח לילדים ישתנו בהתאם לגילם עפ"י הטבלה מעלה.

\* דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.5.2021.

**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.

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	

**חלק א': שאלות כלליות**

1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה ○ ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? ○ דיאטה ○ אחרת
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:	האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות /או הנך נמצאת/ כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות /או האבחנות/ הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, 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/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/ מה הבעיה ביניה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ תרופה זו?		
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרטי/		
5	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* ○ מחלת לב וכלי דם: ○ לב [4] ○ כלי דם [7] ○ מחלת דם*
2	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: ○ לחץ דם [5] ○ שומנים בדם [6] ○ סוכרת [12]
3	מערכת הנשימה: ○ ריאות ודרכי הנשימה [3] ○ אסטמה [3]
4	מערכת העיכול: ○ קיבה [9] ○ מעיים [9] ○ ושת [9] ○ כבד [10]
5	מערכת השתן: ○ כליות [13] ○ דרכי השתן [13]
6	אורטופדיה ומערכת השלד: ○ גב ועמוד השדרה [21] ○ ברכיים ○ מפרקים [18] [19] [20] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ שברים [18]
7	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]
8	עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
9	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*
10	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]
11	לנשים (מגיל 14 בלבד): ○ שדיים [15] ○ מערכת גניקולוגית [15] ○ בעיות פרויון ○ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____

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

חובה למענה - ברישית כסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל											
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	
האם הנך עוסקת/ בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי/:											

**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 ויהו 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 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/שיאי" ) 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 ניתוחים 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:** 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 שגיוע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

**ה. הצגת המועמדים לביטוח**

- אני/אנחנו 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/אנחנו 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**

- | ק | לא |
|---|----|
|   |    |
- 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 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.
- 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.

**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, 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 קבלתנו 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 שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים 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 עצובי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

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				

**1. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכי (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 המועמדים/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_

**עיקרי הכיסויים בפוליסה\***

**רובד בסיס**

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א'	השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל	<b>השתלה</b> הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 5,000,000 ₪. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,500 ש"ח לתקופה של 24 חודשים. <b>טיפול מיוחד בחו"ל</b> טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה) טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,000,000 ₪.
ב'	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 למבוטח בגין התוויה, ואשר לשימוש הנדרש, 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 ₪.

**רובד הרחבה**

ג'	ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מראש של המבוטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה - כיסוי מלא. ללא תאום עם חברת הביטוח או אצל נותני שירות שאינם בהסדר - עד 350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם. פרק זה כולל שכר רופא מנתח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז למקרה ביטוח. כמו כן, הוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה ועוד.
ד'	מסלול ניתוחים מלא באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים 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 ₪ 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. <b>התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.</b>
ה'	מסלול "משלים שב"ן" לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	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 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. <b>התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.</b> <b>שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".</b>
ה'	שירותים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. <b>בין היתר</b> , התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: עד 1,200 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד שתי התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 6,000 ₪ לבדיקות הדמיה ועד 4,000 ₪ לשאר הבדיקות (שאינן הדמיה), בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

\*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 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.

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)
		בנק	סניף		
_____	_____	_____	_____	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 \_\_\_\_\_ 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, 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".

