



יוני 2022

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור 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 קיימים, בני/בנות זוג וילדים המצטרפים לרובד הבסיס ו/או לרובד ההרחבה לאחר 90 יום מיום חידוש הפוליסה.
- עובדים חדשים וילדיהם עד גיל 26, בני/בנות זוג וילדים מעל גיל 26 המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום תחילת העבודה או מיום תחילת ההסכם.
- תינוק חדש המצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום לידתו.
- עובד שגרע את עצמו מהביטוח והמבקש להצטרף מחדש.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור הילדים עד גיל 26 בגין רובד הבסיס ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך. דמי הביטוח החודשיים בגין רובד הבסיס עבור בן/ת הזוג ישולמו באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים בגין רובד הבסיס עבור ילדים מעל גיל 26 ובגין רובד ההרחבה עבור כל המבוטחים, ישולמו באמצעי גבייה 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 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

עובד/ת	עיסוק	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג

כתובת מגורים*	מבטוח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית

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

* חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן						
תיאור	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
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 מהשקל הראשון), 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/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	לא	לא	לא	לא	לא							
כן	לא	כן	לא	כן	לא							

חלק א': שאלות כלליות

מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ) / משקל (בק"ג)	1	2	3	4	5
האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="radio"/> עליה <input type="radio"/> ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> 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, MRI, CT, 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 נוטל/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטל/ת תרופה זו?						
4 האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרטי/י						
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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
מערכת העצבים (נירולוגיה) והמוח: <input type="radio"/> מערכת העצבים * <input type="radio"/> אירוע מוחי * <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה * <input type="radio"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי *	מערכת לב וכלי דם: <input type="radio"/> לב <input type="radio"/> כללי דם [4] <input type="radio"/> מחלת דם *	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="radio"/> לחץ דם [5] <input type="radio"/> שומנים בדם [6] <input type="radio"/> סוכרת [12]	מערכת הנשימה: <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="radio"/> אסטמה [3]	מערכת העיכול: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> ושת [9] <input type="radio"/> כבד [10]	מערכת השתן: <input type="radio"/> סכליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13]	אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> שברים [18]	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]	עניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) *	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]	לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="radio"/> בעיות פרויון <input type="radio"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____

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:	חובה למענה - בריכות כסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל					
לא	לא	לא	לא	לא	לא						
כן	לא	כן	לא	כן	לא						
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועי אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי/י: _____											

ד. מידע למועמד לביטוח

1. 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 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. עבור מועמדים שנדרשים למלא הצהרת בריאות לצורך ההצטרפות לביטוח - 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", אגה עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 2735 * למבקשים/ים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
- 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 לביטוח לביטוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
- 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 הביטוח 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 המבטח 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: ירא את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, ירא את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ה. הצהרת 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 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

- | כן | 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. |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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. |

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות 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 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 בריאותנו על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משהרר/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 עצובנו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/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				

ו. 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 הקיימת 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 התואמת/ים לצרכיהם/ם, ומסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

עיקרי הכיסויים בפוליסה*

רובד בסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א'	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<p>השתלה 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 4,000,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,200 ש"ח להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,800 ש"ח להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (לא כולל השתלת מח עצמית), לתקופה של 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 800,000 ש"ח. טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה).</p>
ב'	תרופות מחוץ לסל	<p>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, ואושרו 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 2,000,000 ש"ח מתחדש מדי 3 שנים, בכפוף להשתתפות עצמית.</p>
ג'	שירות סיוע ויעוץ פסיכולוגי	<p>טיפול של פסיכולוג/פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי ו/או פסיכיאטר - עד 220 ש"ח לפגישה ועד 3,300 ש"ח לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית.</p>
ד'	כיסויים נוספים	<p>החלמה לאחר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או כל ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים - עד 620 ש"ח ליום ועד 14 ימים החלמה, בכפוף להשתתפות עצמית.</p>

רובד הרחבה

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ה'	תרופות מחוץ לסל פרק זה חל על מבוטחים אשר הצטרפו לרובד הרחבה במקום הכיסוי על פי פרק ב' - ברובד הבסיס	<p>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, ואושרו 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 2,500,000 ש"ח מתחדש מדי 3 שנים, בכפוף להשתתפות עצמית.</p>
ו'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	<p>המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1500 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 החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.</p>
ז'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן	<p>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 1500 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 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".</p>
ח'	ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<p>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 - עד עלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על ידי החברה לספק בחו"ל הקשור עימה בהסכם במדינה בה מבוצע הניתוח או במדינה דומה. שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח. פרק זה כולל כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והוצאות העברת יבשתית.</p>

ה'	שירותים רפואיים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר , התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,000 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 4 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 4,000 ש"ח לבדיקה ועד 10,000 ש"ח לכל הבדיקות, 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 החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות 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.

דמי הביטוח החודשיים ב - נה *

רובד בסיס

אופן התשלום	פרמיה	
מרוכז ע"י מעסיק	17.55	עובד וכל ילדיו עד גיל 26 שנה
מרוכז ע"י מעסיק	13.45	בן/בת זוג
אמצעי גבייה אישי	13.45	ילד מעל גיל 26 שנה
אמצעי גבייה אישי	25.00	גימלאי, בן בת זוג של גמלאי

רובד הרחבה

פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים משלים שב"ן		פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון")		גיל המבוטח הראשי
משפחה - עובד/גמלאי, בן/ת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26	עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	משפחה - עובד/גמלאי, בן/ת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26	עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	
138.00	74.41	142.69	76.17	עד גיל 30
157.40	85.95	163.26	88.29	31-40
251.01	137.02	262.14	142.29	41-50
349.67	191.38	366.67	209.19	51-55
477.59	252.90	501.04	264.62	56-60
719.03	375.95	756.54	394.12	61-65
900.00	500.00	925.00	514.00	66 ומעלה

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.5.2022.

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: _____

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 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. _____

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

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".

