

מאי 2020

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי אוניברסיטת תל אביב (הסגל האקדמי) (הזוטרי) ובני משפחותיהם

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

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ברובד החובה, יושלמו באמצעות ניכוי משכרך.

דמי הביטוח חודשיים עבורך (ברובד ההרחבה) ועבור בני משפחתך (ברובד החובה וההרחבה) 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/מלאי / פורש / גמלאי/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 וחתמתו 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.

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב
עובד/ת	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
מלאי/ת	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
פורש/ת	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
גמלאי/ת	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
בן/בת זוג	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
ילדים	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				1
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				2
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				3
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				4
עובד/ת	שם קופת חולים		עיסוק		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
בן/בת זוג					
ילדים					
כתובת מגורים*	מבוסס ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18
	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוסס ראשי
	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	
	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	
	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	
עובד/ת					כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים
@					
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						
תואר	עובד/ת / מלאי פורש/ גמלאי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד בריאות חובה, עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן						
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד בריאות משלים שב"ן (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן						
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את בריאות מורחב (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן						

*שב"ן - "כללית מושלם/פליטונים", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת 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 סוכבית (*) 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	לא	לא	לא	לא	לא

חלק א': שאלות כלליות

1	מגיל 6 בלבד (בס"מ) (משקל בק"ג)	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? O עליה O ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? O דיאטה O אחרת
2	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנותיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרת) 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/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?	
4	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: O מערכת העצבים* O אירוע מוחי* O אפילפסיה [22] O טרשת נפוצה* O הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*	
2	מערכת לב וכלי דם: O לב [4] O כלי דם [7] O מחלת דם*	
3	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול/תרופת/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: O לחץ דם [5] O שומנים בדם [6] O סוכרת [12]	
4	מערכת הנשימה: O ריאות ודרכי הנשימה [3] O אסטמה [3]	
5	מערכת העיכול: O קיבה [9] O מעיים [9] O וושט [9] O כבד [10]	
6	מערכת השתן: O כליות [13] O דרכי השתן [13]	
7	אורטופדיה ומערכת השלד: O גב ועמוד השדרה [21] O ברכיים O מפרקים [18][19] [20] O ירידה בצפיפות העצם [17] O 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): O שדיים [15] O מערכת גניקולוגית [15] O בעיות פריון O האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____	

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

חובה למענה - ברכישת כסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל										
עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:					
לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא	לא
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי/י: _____										

ד. 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 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 אוניברסיטת ת"א 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.
- תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- 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/ים 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/פלטניום", "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 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 לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח לביטוח לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
 - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/היו 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.

- 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: ירא את יום 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).

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו 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/אנו 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 להליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא ייכנס 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	כן
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) 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 שברשותנו, 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.
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, 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.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/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 ("המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתיידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.**

מבטח 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 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 התואמת/ים לצרכיהם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

בריאות חובה

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	השתלה סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר הנו בסך 5,961,112 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 5,216 ש"ח לתקופה של 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של טיפול מיוחד יהיה בסך 1,043,195 ש"ח.
2	תרופות מחוץ לסל	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, ואשרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. הסכום המרבי אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית במהלך תקופת הביטוח יהיה 1,000,000 ש"ח.
3	התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה	המבוטח יהיה זכאי, במקרה גילוי מחלה: סרטן, אי ספיקת כליות, שבץ מוחי, התקף לב, עיוורון או נכות מלאה ותמידית, להחזר התייעצות עם רופא מומחה בתחום, עד לסך של 1,242 ש"ח לכל התייעצות, ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח.
4	חוות דעת נוספת בחו"ל	תשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל - 80% מן הסכום אותו שילם המבוטח בפועל, עד 5,648 ש"ח. תשלום עבור התייעצות בחו"ל - כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה ו-1,176 ש"ח לכל יום שהות עד 7 ימי שהות.

בריאות משלים לשב"ן

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1	כיסוי לניתוחים בארץ לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ובשל הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח- לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב". עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח, חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר ועד 994 ש"ח וזאת מבלי לגרוע מזכות המבוטח עפ"י פרק 3 ב"בריאות חובה" וחוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית. ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.
2	פיצוי בגין ימי אשפוז	פיצוי בגין ימי אשפוז: 310 ש"ח ליום במקרה של אשפוז רצוף בבי"ח בישראל, החל מהיום הרביעי ועד תקופה של 14 ימים. במקרה של אשפוז בבי"ח כתוצאה מסיבוכי הריון - פיצוי נוסף בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 לפיצוי, ועד 12,419 ש"ח.
3	בדיקות אבחוניות	80% מסך מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה וכל בדיקה הנדרשת לאבחון מחלתו של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות, בתנאי שניתנה למבוטח המלצה מרופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה תחום מומחיותו והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.
4	טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות	50% מסך ההוצאות בפועל ועד 12,419 ש"ח לשנת ביטוח עבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח ובלבד שיבוצעו בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.
5	כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)	- היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודים כתוצאה ממחלה או תאונה, 124 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום. - הרחבה אשפוז לילדים, פיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום. - כיסוי מיוחד לסטודנטים, החזר הוצאות שכ"ל במקרה היעדרות מלימודים לתקופה ארוכה כתוצאה ממחלה או תאונה, החזר בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד 12,419 ש"ח ובתנאי שהמבוטח יציג אישור כי לא קיבל החזר דמי הלימוד. - אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה, למבוטח שגילו 3 עד 10 שנים - 80% מן ההוצאה בפועל עד 621 ש"ח לפגישה ועד 3 פגישות לתקופת ביטוח.
6	יעוץ פסיכולוגי	80% מעלות הטיפול עד 199 ש"ח לכל טיפול, עד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.

בריאות מורחב

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1	ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון)	כיסוי מלא להוצאות רפואיות הקשורות בניתוחים בישראל. ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע. עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח, חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר ועד 994 ש"ח וזאת מבלי לגרוע מזכות המבוטח עפ"י פרק 3 ב"בריאות חובה" וחוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית.
2	פיצוי בגין ימי אשפוז	פיצוי בגין ימי אשפוז: 310 ש"ח ליום במקרה של אשפוז רצוף בבי"ח בישראל, החל מהיום הרביעי ועד תקופה של 14 ימים. במקרה של אשפוז בבי"ח כתוצאה מסיבוכי הריון - פיצוי נוסף בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 לפיצוי, ועד 12,419 ש"ח.
3	בדיקות אבחוניות	80% מסך מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה וכל בדיקה הנדרשת לאבחון מחלתו של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות, בתנאי שניתנה למבוטח המלצה מרופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה תחום מומחיותו והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.
4	טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות	50% מסך הוצאות בפועל ועד 12,419 ש"ח לשנת ביטוח עבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח ובלבד שיבוצעו בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.
5	כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)	- היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודים כתוצאה ממחלה או תאונה 124 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום. - הרחבה אשפוז לילדים, פיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום. - כיסוי מיוחד לסטודנטים, החזר הוצאות שכ"ל במקרה היעדרות מלימודים לתקופה ארוכה כתוצאה ממחלה או תאונה, החזר בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד 12,419 ש"ח ובתנאי שהמבוטח יציג אישור כי לא קיבל החזר דמי הלימוד. - אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה, למבוטח שגילו 3 עד 10 שנים - 80% מן ההוצאה בפועל עד 621 ש"ח לפגישה ועד 3 פגישות לתקופת ביטוח. 80% מעלות הטיפול עד 199 ש"ח לכל טיפול, עד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.
6	יעוץ פסיכולוגי	
7	שירותים רפואיים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר , התייעצות עם רופא מומחה: עד 621 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי: 80% מההוצאה בפועל ועד 149 ש"ח לטיפול או התייעצות ועד 12 טיפולים או התייעצויות לכל שנת ביטוח.

*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, 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 הגלויים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב - ש"ח *

לעובדים דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח	בריאות חובה	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	ש"ח 3.49	ש"ח 7.85	ש"ח 17.36
20-54	ש"ח 15.00	ש"ח 24.39	ש"ח 54.87
55 ומעלה	ש"ח 15.00	ש"ח 34.65	ש"ח 80.07

למלגאים דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח	בריאות חובה	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	ש"ח 3.49	ש"ח 7.85	ש"ח 17.36
20-54	ש"ח 19.00	ש"ח 24.39	ש"ח 54.87
55 ומעלה	ש"ח 19.00	ש"ח 34.65	ש"ח 80.07

לחברי סגל פורשים, דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח	בריאות חובה	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	ש"ח 7.96	ש"ח 14.07	ש"ח 19.03
20-54	ש"ח 22.00	ש"ח 33.08	ש"ח 71.68
55 ומעלה	ש"ח 22.00	ש"ח 58.99	ש"ח 185.92

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.10.2013.
בתום 36 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
Please be sure to complete this form precisely and in full

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
The form is intended for women and men alike

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
		סניף	בנק		
_____	_____	6	0	8	_____

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש.פ. _____
 מועד פקיעת תוקף הרשאה - 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/ה'מ: _____ שם בעלי החשבון כחופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.ה.ת. / ת.פ. _____

מחובות: _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבונו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם על ידי המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול על ידי הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין.
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תמסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, היחסי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 ד. 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.
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביצע לבין המוטב.
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביצע לבין הבנק.
 ח. הבנק רשאי להציג 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 תגוש לבנק על ידי 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.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ב הוראות בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינגרט לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר: _____

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ה. _____

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. סכמי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסה/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 ופוליסה/ות הביטוח תחודשנה, יחייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה.
 הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופנק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

1 הוראה לתשלום

שם המבוטח בהראל: _____ ת.ד.: _____

לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____

תאריך: _____ חתימת המשלם: _____

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".

2 תשלום מפוליסת מגוון השקעות קיימת

מספר פוליסה _____

הצהרות בעל הפוליסה:

1. הפרמיה החודשית עבור הפוליסה תשולם מתוך החיסכון שייצבר בתכנית "מגוון השקעות אישי" (להלן: "פוליסת מגוון") על שמי. הפרמיות שישולמו מתוך פוליסת המגוון יהיו "משיכה" לכל דבר ועניין כהגדרתה בפוליסת המגוון ויחויבו במס רווחי הון בנין הרווחים הריאליים שייצברו עד מועד המשיכה

2. מועד תשלום הפרמיה החודשית יהיה עד 14 לחודש

3. ידוע לי שהתשלום מפוליסת המגוון שברשותי הינה בכפוף לכך:

א. בפוליסת המגוון קיימת צבירה של מינימום 100,000 ₪

ב. לא מדובר בפוליסת מגוון ממנה נעשה פדיון כל חודש (הכנסה חודשית)

ג. אין עיקול על שמי

תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: _____