



dt29119

סוג מסמך: 29119, קולקטיב מרכז: 163621

ינואר 2021

נתן להעיר את הטפסים באמצעות דוא"ל: [qlaqit1@harel-ins.co.il](mailto:qlaqit1@harel-ins.co.il) או לפקס 03-7348178

## טופס הצעה לביטוח רפואי קבועי לערמי קرنנות הסוורים ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבועי לערמי קرنנות הסורים ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) עפ"י התנאים המופיעים בפועלישה.

- יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- ערמיים חדשים ובני משפחתם המצורפים לאחר 90 יום, מיום תחילת העוסקתם.
- ילדים בוגרים מעל גיל 24 המצורפים לביטוח.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, אימוץ) המצורפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום ה가입ם המשפחתי או מיום תחילת זכאותו של ערמי חדש.
- תינוק המצורף לביטוח לאחר 180 يوم, מיום הווילדה.

לידיעתך:  
דמי הביטוח החודשיים עברוך ועboro בני משפחתך ישולמו על ידו באמצעות גבייה אישית.

עליך להסביר תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהייה לך להשפעה על תשלום תגמול הביטוח.

שם העמית/ה	תאריך חיבור עבודה	חתימה	ת.ז.	תאריך

אני סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח:  כן  לא

**א.** פרטי המועמדים לביטוח  
טיilio הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורה על הצעה זו וחותמוו תחשב כהסכמה חוקתית.  
מסמכי הפועלישה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי, ישלחו אליו למספר הטלפון הנוייד שלו הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטך האישימי. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראלי אנא צין זאת כאן:  
חשוב לציין: דיווחים מייד ועדכוניים ביחס למטופרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמה בטופס זה או בהתאם לעדכוןיהם והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפיה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכן פרטיהם ניתן להיכנס לאזור האישוי באתר החברה [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

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

שם שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	
			עמית/ה
			ב/בת זוג
			ילדים
מboveת ראשית (עמית/ה) ילדים מעלה גיל 18		כתובת מגורים	
רחוב מס' בית	רחוב מס' בית	רחוב מס' בית	רחוב מס' בית
		מספר טלפונ נייד*	מספר טלפונ נייד*
מספר טלפונ בבית	מספר טלפונ בבית	מספר טלפונ בבית	מספר טלפונ בבית
@		עמית/ה	כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים
@		ב/בת זוג	
@		ילד בוגר (מעל גיל 18)	

**ב.** תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסתן  במקומות הרלוונטי):  
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מצוי הזכאות בשב"ן

תיאור	עלית/ה	ב/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
אם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הpolloסה?						
אם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הpolloסה?						

\*שב"ן – "כלליות מושלים/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי של", "מאוחדת עדיף/שייא" ולאומית זהב".

תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסתן  במקומות הרלוונטי):  
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מצוי הזכאות בשב"ן

תיאור	ילד בוגר	ילד בוגר	נכד 1	נכד 2	נכד 3
אם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הpolloסה?					
אם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הpolloסה?					

\*שב"ן – "כלליות מושלים/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי של", "מאוחדת עדיף/שייא" ולאומית זהב".

### דמי הביטוח החודשיים ב - \*

גיל המבוקש	סכום ניתוחים מ"השקל הראשון"	敖פן הגביה
אישי	27.30	ניכוי משכר או אמצעי גביה
	72.00	
	80.00	
	108.00	
	110.00	
	125.00	
	135.00	
	135.00	

ילד עד גיל 24 התשלומים עבור 3 ילדים של עמית-مبוקש, החל מהילד הרביעי ללא תוספת פרימה.

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

א. הצהרת הבריאות (למיili במקירט המצוינים בעמוד 1 בלבד)

האחת הבריאות שלhalten, תחול לחוד; על כל מוחאיים: המבוטח האשראי, בנות הזוג וכל אחד מהילדים המבוקחים. יש לענות על השאלות שלhalten בסימן ✓ בטור התשובה המתאימה ולפי הצורך לפוט בשאלון המוחאים להשלמת פרטיהם רפואיים, שמספרו מופיע בסוגרים מרובעים [ ]. לדגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כ) במידה ושיימן כוביית (\*) לצד השאלה, יש לצרף תuzione עדכנית מהרופא המתפל בהתייחס לבעה המוזכרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

## חלק א': שאלות כלליות

**ספורט מחייבי** (שאלה עבור מבוטחים בגיראים מעל גיל 18 - נא לסתן  במקומות הרלוונטיים):

חוובת למענה - בריכשת כסוי לניסיונות ומחלפי נטווח בישראל									
ילד בוגר שם:		ילד 3 שם:		ילד 2 שם:		ילד 1 שם:		ב/בת זוג עמיה/ה	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
אם הנר עוסק/ת בספורט מקצועי/י אשר מהווה את עיסוקו העיקרי? נא פרט/י: _____									

**ב. מידע למועד לביטוח**

המשמעות המפורטת בהצהרת הביריאות וכל מידע אחר שיופיע להברה וכן התנאים המקבילים אצל החברה לעניין זה, יושמו תנאי יסודי להזיהה הביטוח ביר/בינם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הרשות בדי החברה להחליט על קבלת הצעה או חסנה.

3. לודיעערן חזזה הביטוח יכס לתוכף עבורי כל אחד מן המועדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.

4. ניתן הבטוח הינם כאמור בפוליסת והבסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסת ובכפוף להוראותו, הגדרותיו לשוניים החרים כאמור בו.

5. אף שאון כחווה כאמור חלך מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הטרופורט לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יאפשר שומר ועובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות לביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורי ואו מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסת ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות חישיבים אקטוארים. פריטים נוספים ניתן למצוא במידיווית הפרטיות שבatter החברה.

6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידיה וקיימות, תוחשנה מההעיף הבסיסי של המוצר (לפני הנהמה ככל שקיים).

7. ככל שהן אודם עם מוגבלות, כגדלו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998 –, קרי "אדם עם יכולות פיסיות, נפשית או שכלית לרבות קוגנטיבית, כבואה או ذמנית, אשר בשלה מוגבל תפוקדו באופן מוחשי מוחשי אחד או יותר מתחום החיים העיקריים", אני עדק אותן על כך באמצעות סוכן הביטוח שלן, שפרק מוגפים בתחילת הצעה זו או לפחות שמשך 2735 \*

8. למבקש/ם להצראף לכיסוי ליתוחים וטיפולים רפואיים מחילפי ניוחו בישראל, משלים שב"ן:

א. לצורך מימוש הכספי בין ניוחו היה עלי/ם לפנות לקופה החולים למימוש זכויות/ם על-פי תכנית שירותים בה אתה/ם חבר/ים ("שבן": כלילת מושלט/פלטינום, "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שייא") וכן לפנות למבטה למימוש זכויות/ם.

ב. הכספי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנוצרות בפרק לכיסוי ניוחים וטיפולים רפואיים מוחלפי ניוחו בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המקונה בשב"ן ב自负ה/ם חבר/ים ואתה בתנאי שנותני השורת הימים בסדרך עם המבטה. ככלומר, הכספי מஹה בהוטה משלים, אשר על פיו ישולמו גמלוי ביטוח בגין ניוחו המכוסה על ידי הפוליסת עם נוותני שירות בהסדר, שהם מעלה ומ עבר להשתפות השב"ן. המבטה שלם את הפרש שבון ההוצאות בפועל של ניוחו המכוסה על ידי הפוליסת לבון ההוצאות המיעילות מהשב"ן לנוטני שירות בהסדר וזה עד לתקרה הקבועה בפוליסת.

ג. לדיעתך, דמי הביטוח בין כיסוי ליתוחים וטיפולים רפואיים מוחלפי ניוחו בישראל משלים שב"ן נמכים מדמי הביטוח בביטחון לכיסוי מלא לנוטנים (לא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי בטוח 'מהשקל הראשון').

ד. בעת סיום חיבורתך/ם בתוכנית השב"ן תהיו/תהיי זכאים/ם לפנות לUBE' מושך הראשון "תוך 60 ימים ממועד הוועדת קופת חולמים על בוטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הבוטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

5. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש הצבאי בפוליסת בביטחון החירות שברשותך, כפוף להוראות הצבאה שישתנו מעת לעת.

6. דמי הביטוח בפוליסת ויקבעו לפי גיל המבטה במוחעד הטרופורט לביטוח ושתנו במהלך תקופה הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגיל גיל המבטה לצורכי חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יומם הולדתו, יחוודש יומם ההולדת (לדוגמא: מבטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את – 1.1.2019. מועד הגיעו ליל 40).

**ג. הצהרת המועדים לביטוח**

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ם בה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותך/ם באותו/אתה/ם נוכחות ומלאותthon נונתת מותך/ן וצונין/ן החופשי.

**2. הליך הטרופורט:**

כל שבסמגרת טופס הצעה זו מתבקש ליצור פוליסת לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועדים לביטוח ואילו חלק מהמעדים יקבעו לצורך נדרשים להמשך בירורו ושרותו במהלך תקופה הביטוח, לא תופק פוליסת לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החירותים עבור כל המועדים לביטוח.

□ במידה וחלק מן המועדים לביטוח ידרשו להיליכי חיותם, אשר לא ניתן לקבלם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלתי המסתן להשלמתם של הליכי החירותם של יתר המועדים לביטוח (נא לסמן אם הנון מעוניין).

**לידיעות –** האמור לעיל אפשרי בנסיבות המושלמות באמצעות גיבוי אישי בלבד ולא בנסיבות המושלמות על ידי בעל הפוליסת.

**3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסום**

א. האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודוטינו, המציג או שייהה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטחון ושרותים פיננסיים בע"מ וחברות בתנות שלה) ימשח את התורבות בקבוצת הראל / או מי טופעם, גם לכל עניין הקשור בתר מזרחי ושרותי החברות בקבוצת הראל (ביחסם הביטוח, החיסכון ארוך הטוח הפיננסיים) ושותפה העסקים ו��וחוקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לדיעתנו מידע על מזארים ושרותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במזרץ ביטוח, חיסכון אחריו טוווח ופיננסיים אחרים, עיבודו וஅחסוונו של המידע, וכן שימושים נוספים הנלויים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדיים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

ב. הרינו להודיעיך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליו יועברו פרטיך (ככל שתנתה הסכמה להעברת פרטיך אליו/הן). הצעות שיוקיות ודרכי פרסום על מוצר ושרותי החברה ו/או חברות בקבוצת הראל ו/או שותפה העסקים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הדעת מסר קצר (SMS).

אם אכן מסכם לקבלם הצעות שיוקיות בדברי פרסום על כל מילה המבוקש למסור להראל, באפשרות להנחתם של החברה בכתובת "טופס או קבלת פרסום והצעות שיוקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsut](http://www.hrl.co.il/pirsut) או באמצעות פניה בכתב לכתות: בית הראל, חטיבת הביריאות, אף ביריאות קולקטיבים: אביב הלל 3, ת.ד. 5211802, רמת גן 1951 – או באמצעות פניה טלפונית למספר 7547777-03.

**4. יצור על סודיות רפואי:**

אני/נו החתום/ים מטה נונתים בזאת רשות לקופה חולים ו/או למוסדות הרפואים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל"ל ו/או למשרד הביטוחן ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגולם אחר, **כל שהדבר חדש לבירור וישוב תביעות על פי הפוליסת ו/או לצורך הליך בחלוקת המבוקש** למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בדרכם ואיתם כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מנת שיראה שחלוקתו בה בעבר ו/או שאנו/נו חולחים בה כתעת ו/או שאחלה/נהלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואיים על סודיות המבוקש ולכל מי יראה במקומו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילד/ין הקטנים. לנו". כתוב ויתור זה מחייב/נו, את עדבון/נו ובאי כוח/נו החוקים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ילד/ין הקטנים.

תאריך	שם המבוקש	מספר זהות	חתימה
מבוטה ראשית			
בן/בת הזוג			
ילד מעלה גיל 18			
ילד מעלה גיל 18			
ילד מעלה גיל 18			
ילד מעלה גיל 18			

**ד. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועדים והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף כבואה להחתמת הסוכן):**

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חזר המפקח על הביטוח לעניין צורף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למטופדים בטופס הטרופורט זה عمדיתי בכל הוראות חזר המפקח על הביטוח לעניין צורף לביטוח, ובפרט בירורתי את צרכי המועדים/ם, הצעתי ביטוח ו/או הוספה כסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסות בביטחון קיימת התואם/ם לצרכיו/ם, ומוסרתי לו/הם את כל המידע המהוותי הנדרש.

תאריך: **שם הסוכן:** 

## עקריו הכספיים בפוליסה(\*)

פרק	שם אישי מייחדים בח"ל וטיפולי רפואיים	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (לא תקרה) אצל נווטני שירות שבבוסכם. הוצאות רפואיות בגין השתלה שלא בתיאום עם המבטח - עד תקורת שיפוי בגובה 4,500,000 ש"ח אצל נווטני שירות שבבוסכם. גמלאה לאחר ביצוע השתלה למטרות מעלה גיל 21 בסך של 2,500 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים. גמלאה לאחר ביצוע השתלה למטרות עד גיל 21 בסך של 2,500 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים. <b>טיפול מיוחד בח"ל/ טיפול מחליף נינוות</b> טיפול מיוחד בח"ל בתיאום עם המבטח ואצל נווטני שירות שבבוסכם - כיסוי מלא (לא תקרה) טיפול מיוחד בח"ל שלא בתיאום עם המבטח ואצל נווטני שירות שאינם הסכם - עד תקורת שיפוי בגובה 1,200,000 ש"ח.	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא (לא תקרה) אצל נווטני שירות שבבוסכם. הוצאות רפואיות בגין השתלה שלא בתיאום עם המבטח, וכך שהתיקשרות עם נווטני השירות הרפואי ותואם הנינוות עשו יישורות ע"י החברה - כיסוי מלא. לא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות הנינוות בארץ. פרק זה כולל כיסוי להוצאות שכר מנחת, אשפוז עד 30 ימים, תרופות במהלך הנינוות והאשפוז, חדר נינוות, רופא מודדים, בדיקות במהלך הנינוות, הטסה רפואיית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והבאת מומחה לביצוע הנינוות בישראל.
ה'	ניתוחים בח"ל וטיפולים מחליפים נינוות בח"ל	השתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים רפואי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מרופא של המבטח, וכך שהתיקשרות עם נווטני השירות הרפואי ותואם הנינוות עשו יישורות ע"י החברה - כיסוי מלא. לא תאום עם חברת הביטוח - כיסוי 200% מעלות הנינוות בארץ. פרק זה כולל כיסוי להוצאות שכר מנחת, אשפוז עד 30 ימים, תרופות במהלך הנינוות והאשפוז, חדר נינוות, רופא מודדים, בדיקות במהלך הנינוות, הטסה רפואיית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והבאת מומחה לביצוע הנינוות בישראל.
ו'	תרופות שאין כלולות בסל הבריאות	כיסוי לריכשת תרופות שאין כלולות בסל שירותי בריאות או שאין מכוסות בסל הבריאות, בגין התויה ועל פי סוג התרופות כמפורט בתנאי הפוליסה ובן היתר - תרופות שאיןן כלולות בסל שירותי בריאות או שאין מכוסות בסל למנותה בגין התויה, ואשרו לשימוש החדש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש החדש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוית על פי תנאי הפוליסה. עד 4,000 ש"ח בתקופת הביטוח.
ז'	SHIPOT BGAN HOCASOT RFOAOT בעקבות גילוי מלא קשה	SHIPOT BGAN HOCASOT RFOAOT תקורות השיפוי מפורטות בכל סעיף בפרק בcpfou להשתפות עצמאית.
ח'	ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפים נינוות בישראל - מהשקל הראשוני בארץ	הobaoת יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התיעיצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח לתקופת עצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההטייעצות נערכה לפחות 3 שנים. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית, כולל כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הנינוות ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקורת עלות הנינוות המוחלף בישראל. מבלי שימוש זכאות לנינוות אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוית לטיפול נוספת. השתלים בסעיפים ב' ו-'ג' לעיל ובאזור לנוטני השירות שהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למボית החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולם על ידי לנוטני שירות שהסדר. שב"ג - "כלליות מושלט/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי של'", "מאותה עדיף/שייא" ו"לאומית זהב".
ח' 1	ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפים נינוות בישראל - במסלול משלים שב"ג - פרק זה יהול במקומם פרק ח', אך ורק על מטרות מובטח אשר בחר להיות מובטח בכיסוי משלים לננותיהם.	הכיסוי הביטוחי מנקהSHIPOT BGAN HOCASOT RFOAOT בש"ג, לאחר מיצוי הזכאות בש"ג, בגין הוצאות הקשורות בנסיבות אלה: א. 3 התיעיצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח לתקופת עצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההטייעצות נערכה לפחות 3 שנים. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית, כולל כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הנינוות ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקורת עלות הנינוות המוחלף בישראל. מבלי שימוש זכאות לנינוות אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוית לטיפול נוספת. השתלים בסעיפים ב' ו-'ג' לעיל ובאזור לנוטני השירות שהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למボית החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולם על ידי לנוטני שירות שהסדר. שב"ג - "כלליות מושלט/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי של'", "מאותה עדיף/שייא" ו"לאומית זהב".
ט'	שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל	שירות רפואי או שיקומי שנitin למボית בישראל לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח במהלך תקופה הביטוח בישראל. בן היתר, שכר אחות רפואי בבית חוליים לאחר ביצוע ניתוח: עד 320 ש"ח ליום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. החולמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בבית החולים מוכבך: עד 750 ש"ח לכל יום החולמה עד 14 ימים.
ו'	מרפאת מומחים ובדיקות אבחן	ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואיות אבחנתית במהלך תקופה הביטוח. בן היתר, התיעיצויות עם רופא מומחה: עד 800 ש"ח לתקופת הביטוח במהלך תקופה עצמית בגובה 20% ועד 3 התיעיצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 10,000 ש"ח לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח, בcpfou להשתפות עצמית בסך 20%.
ו"א	הוצאות רפואיות נוספת	הוצאות רפואיות שנתיים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בן היתר, אביזרים רפואיים: עד 7,000 ש"ח לכל תקופה הביטוח בcpfou להשתפות עצמית בגובה 40%. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח): עד 250 ש"ח לכל טיפול ועד 10 טיפולים, בcpfou להשתפות עצמית בגובה 20%.

\*הטבות מציגות את עקריו הכספיים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכספי המלאים וסכום הביטוח המלאים מפורטים בגיליון הנאות ובחוරת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים.  
באפשרות לפנות להראל או לסקון הביטוח ולקבב פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת הוצאות לכיסוי הביטוח, הוצאות בדרכן לצורך רפואי קדם, תקופת המנוחה והשתפות עצימות. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות רפואיים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסה החתומה בין הצדדים.  
בחוורת תנאי הפוליסה.

התופס מיועד לנשים וגברים אחד.  
נא הקפד למלא תופס זה באופן מדויק ושלם.

מועד הଘיה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועד החיבור הנוהגים בחברה.  
لتשומת לבך - במידה ופרטיו האשראי שומרת שונים ממוצע התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן ממוצע התשלום לפרטיו האשראי החדשים עבור כל הנסיבות והנסיבות הכלולמים בפוליסה.

## A תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי חוראה								
לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובות הסניף:								
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>מספר חשבון בנק</td></tr> <tr><td>שם, אסמכאות/מס' זהה של הלוקו בחברה (לשימוש פנימי בלבד)</td></tr> <tr><td>מספר 6</td></tr> <tr><td>מספר 8</td></tr> <tr><td>מספר 0</td></tr> <tr><td>מספר 0</td></tr> <tr><td>מספר 6</td></tr> </table>		מספר חשבון בנק	שם, אסמכאות/מס' זהה של הלוקו בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	מספר 6	מספר 8	מספר 0	מספר 0	מספר 6
מספר חשבון בנק								
שם, אסמכאות/מס' זהה של הלוקו בחברה (לשימוש פנימי בלבד)								
מספר 6								
מספר 8								
מספר 0								
מספר 0								
מספר 6								
<input type="checkbox"/> הרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או <input type="checkbox"/> הרשותה הכלילתית לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקורת סכום החיבור - ..... נס. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף הרשותה - ביום ..... נס. <input type="checkbox"/> לשימוש לבך, <input type="checkbox"/> אי סימון אחת מהחולפות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשותה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> אם ישלו על ידי המוטב חיבורים שונים עומדים בהגבלות שקבע הלוקו, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעותיות הכרוכות בכך.								
1. אני/ה ח"מ: ..... שם בעלי החשבון כמפורט בספריה הבנק מס' ת.ז.הות / ח.פ.								
מכותבת: ..... רחוב ..... מוס. ..... עיר ..... מיקוד								
מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשותה לחיבור חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו להם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קז' המוסך, בכפוף למוגבלות שתסומנו לעיל (כלל שוטף). 2. כמו כן יכולו הרשותה הבאות: א. עליינו לקבל מהמטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשותה לחיבור החשבון. ב. הרשותה זו ניתנת לביטול ע"י הוודעה בכתב מתן לבנק שתכנסו לתוקף ומוסכים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתן לביטול ע"י הרשותה כל דין. ג. נהיה רשאים לבטל חיבור מסויים, ובכלל זה שודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יותר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיבור. ככל שהודעתה הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, היצוי יעשה בערך יומי מתן הוודעת הביטול. ד. נהיה רשאים לדרש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבן המוטב. ו. הרשותה שללא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיבור האחרון, בטלה. ז. אם תעלו בבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשותה זו, בכפוף להוראות כל דין והוסכם שביננו לבן הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשותה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, והוא יודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3. אם מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.								
פרטי הרשותה לקוח נכבד, סכום החיבור ומועדיו יוקבעו מעט לעת עלי-ידי הראל חקרה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית /או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ו.								
תאריך: ..... חתימת בעלי החשבון: .....								

## B הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסווג: <input type="checkbox"/> זיהה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דינורס <input type="checkbox"/> לאומי קارد <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר:	
שם בעל הרכטים מוס. ת.ז.:	
רחוב מיקוד	
טלפון טלפון בית טלפון עבודה טלפון נייד	
מספר הרכטים תוקף הרכטים	
לודיעתך, ממוצע התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיבור ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. כל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע למטופלים זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר למטופלים אחר. היה פוליסת/ות הביטוח תחדשה, יוחיב כרטיס האשראי בגין החיבורים הנובעים מפוליסה/ות שתוחדש/נה. הרשותה זו תהיה בתוקף גם לחיבור כרטיס שוינפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בתופס זה. תאריך: ..... חתימת בעל הרכטים: .....	

## C בהוסף מבותחים לפוליסה קיימת

لتשלום הפרמיה באמצעות תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרובות אלו שמצורים בהצעה זו), יש למלא את פרטי ממוצע התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב'). لتשלום הפרמיה באמצעות ממוצע התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה: אבוקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו בהתאם ממוצע תשלום בו מושלמת הפוליסה היום. חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.	
תאריך: ..... שם המשלם: ..... חתימת המשלם: .....	

במידה ומשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף במסמך טופס "מצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".



dt2511