

אפריל 2021

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

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לחברי הסתדרות המורים ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לחברי הסתדרות המורים ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים), עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- חברים חדשים ובני/בנות הזוג וילדיהם עד גיל 30 המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת החברות אצל בעל הפוליסה).
- בני זוג חדשים המצטרפים לאחר 90 יום, מיום הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר.
- תינוק/ילד מאומץ המצטרפים לביטוח לאחר 120 יום, מיום הצטרפותם למשפחה.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו באמצעי גבייה אישי.

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין הניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופת החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם החברה/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.

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____

חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

חבר/ה	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
בן/בת זוג						זכר ☐ נקבה ☐
ילד עד גיל 30	1					זכר ☐ נקבה ☐
2						זכר ☐ נקבה ☐
3						זכר ☐ נקבה ☐
ילד בוגר מעל גיל 30						זכר ☐ נקבה ☐
ילד בוגר מעל גיל 30						זכר ☐ נקבה ☐

שכ"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם קופת חולים		עיסוק		לבר/ה	
						בן/בת זוג	
						ילדים	
ילדים מעל גיל 18		בן/בת זוג		מבוטח ראשי (חבר/ה)		כתובת מגורים	
☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		רחוב מספר בית			
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב		
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב		
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*			
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית			
חבר/ה @						כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים	
בן/בת זוג @							
ילד בוגר (מעל גיל 18) @							

דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ *

גיל המבוטח	פרמיה חודשית	אופן הגבייה
ילד עד גיל 21	30.00	אמצעי גבייה אישי
22-40	61.20	
41-55	94.80	
56-65	141.60	
+66	216.00	

דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.03.2021.
לאחר 18 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

ב. 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.

חלק א': שאלות כלליות		חבר/ה		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	כן
1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ)											
		משקל (בק"ג)											
2		האם עברת ניתוח 3 השנים האחרונות או יעצו לך לעבור ניתוח? נא פרטי											
3		האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה? *											
4		האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי											
5		האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או קיימת קבעה רפואית לצורך בנטילת טיפול תרופתי?											
6		מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות וטרם נקבעה אבחנה סופית? (סוגי הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). אם כן - יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית											
חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:													
1		0 מערכת העצבים 0 אירוע מוחי* 0 טרשת נפוצה* 0 ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* 0 פרקינסון* 0 רעד* 0 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות* 0 גידולי מוח* 0 דלקת מוח או קרום המוח* 0 הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*											
2		עיניים וראייה [1]											
3		(יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)											
		אוזניים ושמיעה [2]											
4		0 לב [4] 0 כלי דם [7] 0 מחלת דם*											
5		סוכרת מטופלת באינסולין [12]											
6		ריאות ודרכי הנשימה [3]											
7		0 קיבה [9] 0 מעיים [9] 0 ושת [9]											
		0 כבד / צהבת (הפטיטיס) [10]											
8		0 כליות [13]											
9		גידולים ממאירים או מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות*											
10		האם נקבעה לך נכות זמנית או תמידית?											
		אם כן - יש לפרט את הסיבה בינה נקבעה הנכות											

ג. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החרגים 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 תעשנה 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 שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998-, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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/למצטרף 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/פלטינום", "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 בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (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 הביטול 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: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

- 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 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 המידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- לידיעתך - האמור לעיל אפשרי בפוליסות המשולמות באמצעי גביה אישי בלבד ולא בפוליסות המשולמות על ידי בעל הפוליסה.**

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- האם הנכם מסכימים, 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.
- 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 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 לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתו/נו לביטוח המבוקש** למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרי/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 עצובינו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטנים.

מבטח ראשי	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה בתיאום עם המבטח אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה שלא בתיאום עם המבטח אצל נותן שירות שאיננו בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,500,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה למבטח מעל גיל 21 בסך של 7,000 ₪ לתקופה של ועד 24 חודשים לפי סעיף 1.4.1 בתנאי הביטוח. גמלה לאחר ביצוע השתלה למבטח מעל גיל 21 בסך של 7,000 ש"ח לתקופה של עד 6 חודשים לפי סעיף 1.4.2 בתנאי הביטוח. טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל בתיאום עם המבטח אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה) טיפול מיוחד בחו"ל שלא בתיאום עם המבטח אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,200,000 ש"ח.
ה'	ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח	השתתפות במימון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים פרטי מחוץ לגבולות המדינה. בכפוף לאישור מראש של המבטח, ולכך שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח יעשו ישירות ע"י החברה - כיסוי מלא. ניתוח ללא תאום עם חברת הביטוח - 300% מעלות הניתוח והאשפוז בארץ. טיפול מחליף ניתוח בכפוף לאישור מראש של המבטח - כיסוי מלא. טיפול מחליף ניתוח ללא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות ביצוע ניתוח, אותו בא הטיפול מחליף ניתוח להחליף. פרק זה כולל כיסוי להוצאות שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, הסטה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה, הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל.
ו'	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 למבטח בגין התוויה, ואשר לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על פי תנאי הפוליסה. עד 4,000,000 ש"ח במהלך תקופת הביטוח.
ז'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן	הכיסוי הביטוחי מקנה שיפוי מלא (החזר עלות), לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח להתייעצות אצל ספק שירות שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יידקק המבטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאחדת עדן/שיא" ו"לאומית זהב".
ח'	מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח	שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, אשר ניתנו למבטח בתקופת הביטוח. בין היתר, חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבטח בבית חולים: עד 1,213 ש"ח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% פעם אחת בכל אשפוז. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום: עד 202 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.
ט'	בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות לחברים בלבד	השתתפות בבדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר. בין היתר בדיקות לנשים בהריון: עד 4,044 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בהריון בכפוף להשתתפות עצמית של 40%. בדיקות גנטיות טרום ההריון: עד 1,264 ₪ לכל מבטח, פעם אחת בתקופת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 40%.
י'	מרפאת מומחים	ביצוע ייעוץ רפואי במהלך תקופת הביטוח. הכיסוי כולל בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה: כיסוי עד 800 ₪ ועד 5 התייעצויות לשנת ביטוח בכפוף ל - 20% מההוצאה בפועל. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל: כיסוי עד 7,000 ₪ לפעם אחת בכל תקופת הביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
יא'	רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי כמוגדר בתנאים, ע"י נותני שירות שבפוליסה. עד 121 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים או התייעצויות בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 40%.
יב'	ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי	ייעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה. עד 182 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 40%.

י"ג	בדיקות רפואיות אבחוניות	ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח. בין היתר בדיקה פתולוגית ובדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 10,000 ₪ עבור כל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית: כיסוי עד 800 ₪ להתייעצות בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
י"ד	שיקומית	התייעצות עם רופא מומחה שיקומי, ו/או טיפולים שיקומיים עד 809 ₪ להתייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 40%.
ט"ו	אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח	אשפוזו של מבוסס בבית חולים בתקופת הביטוח בשל תאונה או מחלה, ואשר במהלכו לא בוצע ניתוח. בין היתר , כיסוי עד 505 ₪ לכל יום במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. משתנה בהתאם לגיל.
ט"ז	כתב שירות - רופא מלווה אישי	רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. בכפוף להשתתפות עצמית של 380 ₪.
י"ז	אבחון מהיר	שירות הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל הכולל: שירות "רופא ממין" הכולל פגישת יעוץ עם רופא, איסוף מידע, אבחון ראשוני, והפניה ליעוץ רפואי מקצועי ו/או לביצוע בדיקות אבחוניות, יעוץ ע"רופאים מומחים, ביצוע בדיקות אבחון ופיענוח. כיסוי עד 600 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
י"ח	פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. פיצוי עד 50,000 ₪ בעת גילוי מחלה קשה. בנוסף, יינתן שיפוי בגין ההוצאות הרפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. שיפוי עד 101,095 ₪ בעת גילוי מחלה קשה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
י"ט	כיסוי מיוחד לילדים	הפרק כולל: כיסוי לפיצוי בגין היעדרות מלימודים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה וטיפול בבעיות התפתחות בילדים למשל, עבור אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה עד כיסוי בגובה 2,022 ₪ פעמיים לכל תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 40%.
כ'	כתב שירות - רפואה אישית און ליין	שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ, בכפוף להשתתפות עצמית של 100 ₪.
כ"א	טיפול להקלה בכאב	טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בתסמינים (סימפטומים) של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוסס, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא. עד כיסוי בגובה 20,000 ₪ בכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
כ"ב	טכנולוגיות רפואיות מתקדמות	ביצוע הליך רפואי בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות בישראל או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח. כיסוי מלא עד 200,000 ₪.
כ"ג	השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים	השתתפות בהוצאות עבור טיפולי שיניים המבוצעים למבוסס אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, או המבוצעים במרפאות שאינן בהסכם עם המבטח: טיפולים משמרים, טיפולי חניכיים, טיפולים פרוטטיים, טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים וטיפול יישור שיניים לילדים.

*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.

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

לתשומת ליבך - במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

א תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____									
מס' חשבון בנק		סוג חשבון		קוד מסלוקה		קוד המוסד		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)	
				סניף		בנק			
								6 0 8	

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או
☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
☐ תקרת סכום החיוב - ש. _____
☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' 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 ע"י הוראת כל דין.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה
 לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי **הראל חברה לביטוח בע"מ**, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ב הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראכרט ☐ דינירס ☐ לאומי קארד ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר: _____									
שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____									
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד			
טלפון		טלפון בית		טלפון עבודה		טלפון נייד			
מס' הכרטיס						תוקף הכרטיס			
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.									
תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____									

ג בהוספת מבוטחים לפוליסה קיימת

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב').

לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.

תאריך: _____ שם המשלם: _____ ת"ז המשלם: _____ חתימת המשלם: _____

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

