

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

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי חברי משרד הביטחון ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים עד גיל 30 ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:

- עובדים המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתם.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עובד חדש. עבור אימוץ או לידת תינוק, זמן הצירוף הינו תוך 180 יום.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך, ישולמו בחלקם ע"י משרד הביטחון ובחלקם על ידך באמצעות ניכוי משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבור גמלאים בפנסיה צוברת ישולמו באמצעי גבייה אישי.

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

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: כן לא

א. פרטי המועמדים לביטוח

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל. חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהראל, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

עובד/ת	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

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

כתובת מגורים*	מבטח 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)

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 4
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת הבריאות (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון) הקבוצתית, עפ"י תנאי ההסכם?						
** האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת הבריאות (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*) הקבוצתית, עפ"י תנאי ההסכם?						
** האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת הבריאות (מסלול ניתוחים עם השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪), עפ"י תנאי הפוליסה?						

*שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדוף/שיא" ו"לאומית זהב".
** המסלול שנבחר ע"י המבוטח הראשי (עובד/ת) יחול גם על בני המשפחה.

א. 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 (קבוצות), 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 4 שם:							
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
חלק א': שאלות כלליות												
1	מגיל 6 גובה (בס"מ) בלבד משקל (בק"ג)											
	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי/ [23]											
	האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/ [23]											
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 האבחנתיות 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)											
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 הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי* עיניים וראייה* [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7) אוזניים/שמיעה* [2]											
2	0 לב* [4] 0 כלי דם* [7] 0 מחלת דם*											
3	0 סוכרת מטופלת באינסולין [12] 0 ריאות וזרכי הנשימה* [3]											
4	0 קיבה* [9] 0 מעיים* [9] 0 ושת* [9] 0 כבד* [10]											
5	0 איידס ו/או נשואת HIV* 0 כליות* [13]											
6	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות- אם כן, יש לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל על מועד האבחון, הטיפולים, מועד ביום הטיפולים והמצב כיום.											

ב. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הביטוח וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/ביניכם לבין החברה ויהוו 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 משרד הביטחון 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 פיננסיים 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).
- 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 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 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 חברים/ות (שב"ן" כללית מושלם/פוליסת "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
 - ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חברים/ות 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 זכאים/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 המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמה: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ג. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/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 צירוף 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 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).

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- 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 פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת 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.harel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 1802 521, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת/נו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותינו על כל מחלה שחליתינו בה בעבר ו/או שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטנים.

5. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוףך לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור מידע כאמור באזור באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ד. הצהרת הסוכן לביטוח 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 המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדת 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 לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.5.2020 ועד ליום 30.4.2025

עיקרי הכיסויים בפוליסה

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	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 7,500 ש"ח לתקופה של 24 חודשים.</p> <p>טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,200,000 ש"ח. טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה)</p>
ה'	ניתוחים פרטיים בחו"ל	<p>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. ללא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות הניתוח בארץ. שירותי ניתוח ואשפוז, שירותי אמבולנס לבתי חולים ובתי חולים, טיפול שיקום לאחר ביצוע ניתוח. פרק זה כולל כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה</p>
ו'	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 למבטח בגין התוויה, ואושרו 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.</p>
ז'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	<p>המבטח 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 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 ידיו לנותני שירות שבהסדר.</p>
ז'1	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 - זכאות עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק 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 ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".</p>
ז'2	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לאחר השתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח	<p>המבטח 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 בניכוי השתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, בניכוי השתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח. ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק 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 ידיו לנותני שירות שבהסדר.</p>

ח'	שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל	שירות רפואי או שיקומי שניתנו למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל. בין היתר , שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח, בהשתתפות עצמית של 20% ועד 320 ש"ח לכל יום אשפוז ולתקופה שלא תלה על 14 ימי אשפוז. עלות שירותי הסעה באמבולנס והטס רפואי, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר בהשתתפות עצמית של 20% ועד ל 750 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על 14 יום.
ט'	מרפאת מומחים ובדיקות אבחון	ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח. בין היתר , התייעצות עם רופא מומחה: עד 800 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות : עד 10,000 ש"ח לבדיקות אבחנתיות ועד בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20% בכל שנת ביטוח.
י'	הוצאות רפואיות נוספות	ביצוע טיפול רפואי מכוסה במהלך תקופת הביטוח, יובהר כי הכיסוי הביטוחי כולל את הטיפולים המפורטים בלבד בין היתר , אביזרים רפואיים : עד לתקרה של 4,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח. בדיקות לנשים בהריון : עד לסכום של 3,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון, מבוססת הנושאת ברחמה תאומים או יותר, עד סכום של 5,000 ש"ח לכל הריון. כיסוי מיוחד לילדים : בעיות הרטבה לילדים עד שני טיפולים לכל ילד מעל גיל 5, עד לסכום של 700 ש"ח לטיפול. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי : טיפולים ברפואה משלימה כמוגדר בתנאים, שבצעו בפול במהלך תקופת הביטוח, עד 12 טיפולים או התייעצויות ועד לסכום של 120 ש"ח לטיפול או התייעצות. טיפולי תא לחץ : עד 30 טיפולים כל תקופת הביטוח ועד 250 ש"ח לכל טיפול, ע"פ המלצת רופא מומחה.

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

מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון"):

פרמיה חודשית לעובד/גמלאי לאחר סבסוד המעסיק	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	סוג מבוטח
₪ 33.6	₪ 33.60	מבוטח עד גיל 20
₪ 40	₪ 84.00	מבוטח בגיל 21-30
₪ 50	₪ 114.00	מבוטח בגיל 31-40
₪ 70	₪ 156.00	מבוטח בגיל 41-50
₪ 90	₪ 198.00	מבוטח בגיל 51-60
₪ 120	₪ 252.00	מבוטח בגיל 61-65
₪ 165	₪ 306.00	מבוטח בגיל 66 ואילך

*דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

מסלול ניתוחים שב"ן:

פרמיה חודשית לעובד/גמלאי לאחר סבסוד המעסיק	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן	סוג מבוטח
₪ 32.4	₪ 32.4	מבוטח עד גיל 20
₪ 39	₪ 81.6	מבוטח בגיל 21-30
₪ 48	₪ 110.4	מבוטח בגיל 31-40
₪ 68	₪ 152.4	מבוטח בגיל 41-50
₪ 88	₪ 194.4	מבוטח בגיל 51-60
₪ 118	₪ 244.8	מבוטח בגיל 61-65
₪ 150	₪ 296.4	מבוטח בגיל 66 ואילך

*דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

מסלול ניתוחים "אקסטרה" עם השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪:

פרמיה חודשית לעובד/גמלאי לאחר סבסוד המעסיק	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים אקסטרה עם השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪	סוג מבוטח
₪ 30	₪ 30	מבוטח עד גיל 20
₪ 37	₪ 73.2	מבוטח בגיל 21-30
₪ 46	₪ 99.6	מבוטח בגיל 31-40
₪ 66	₪ 136.8	מבוטח בגיל 41-50
₪ 86	₪ 172.8	מבוטח בגיל 51-60
₪ 114	₪ 220.8	מבוטח בגיל 61-65
₪ 124	₪ 244.8	מבוטח בגיל 66 ואילך

*דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.4.2020. בתום 24 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.