



פברואר 2017

## טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי אוניברסיטת תל אביב (הסגל האקדמי הזוטר) ובני משפחותיהם

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של אוניברסיטת תל אביב ו/או לצרף את בני משפחתי, עפ"י התנאים שבהסכם.

הריני לאשר את הצטרפותי לביטוח הבריאות הייחודי בהראל חברה לביטוח בע"מ במסגרת מקום עבודתי. הריני מבקש להצטרף לביטוח הבריאות הייחודי בהראל חברה לביטוח בע"מ 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, המצ"ב לטופס זה.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך תחילת העבודה: \_\_\_\_\_

### התכנית המבוקשת (נא לסמן במקום הרלוונטי):

יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן

### בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)

האם הנך מעוניין/ת לרכוש עבור בני משפחתך את רובד בריאות חובה, עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור בני משפחתך ולרכוש את רובד בריאות משלים לשב"ן (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור בני משפחתך ולרכוש את בריאות מורחב (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

### עובד/מלאגאי/פורש/גמאלי

האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד בריאות חובה, עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד בריאות משלים לשב"ן (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד בריאות מורחב (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

\*שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

### פרטי המועמדים לביטוח

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

מין (ז/ג)	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות (כולל ס"ב)	
					עובד/ת
					מלאגאי/ת
					פורש/ת
					גמאלי/ת
					בן/בת זוג
				1	ילדים
				2	
				3	
				4	
		מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב
		טלפון בעבודה		טלפון בית	טלפון נייד
		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:	סניף	שם קופת החולים	חבר/ה קופת חולים
		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:	סניף	שם קופת החולים	בן/בת זוג וילדים
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים			כתובת דואר אלקטרוני - מבוסס ראשי		
@					
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים			כתובת דואר אלקטרוני - בן/בת זוג וכל ילדה/בוגר/ת (מעל גיל 18)		
@					

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

עמוד 1 מתוך 6

**לידיעתך:**

1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/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 בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין אוניברסיטת תל אביב (סגל זוטר) ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החרגים כאמור בו.
5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות ליטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. 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 \*

**8. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים בארץ, תלוי 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 (שב"ן: "כללית מושלם/פליטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיאי") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן ב אתה/ם חברים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ההשקל הראשון").
- ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש מביטוח לכיסוי ביטוחי "ההשקל 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.

**הצהרת המועמדים לביטוח**

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
  - א. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - ב. בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס.
- האם הנר/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?  כן  לא

**2. 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 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).

**יותר 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, למלא/ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע מצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחלתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מהיבנו, את עצבנו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

**חתימת המועמדים לביטוח**

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

**הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או יהיה 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 לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות ליטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

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

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 חיגוי 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.hrel.co.il/pirsum](http://www.hrel.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיביים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

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

10 שנים, החל מיום 01.11.2013 ועד ליום 31.10.2023  
 הכיסוי הסייעודי בתוקף עד ליום 31.12.2017 בהתאם להנחיות הפיקוח על הביטוח.

**עיקרי הכיסויים בפוליסה (\*)**  
**בריאות חובה**

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<b>השתלה</b> 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. <b>טיפול מיוחד בחו"ל</b> 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 המבוטח 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. הסכום המרבי אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית במהלך תקופת הביטוח יהיה 496,759 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 בניחות- לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיאי" 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. <b>ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יא עד תקרת עלות ספקי הסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.</b>
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 מומחיתו 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 שכלל 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.
7	ביטוח סייעודי	תשלום גמלת סיעוד של 6,209 ש"ח לחודש לתקופה מקסימלית של עד 60 חודשים בגין מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מ-3 מתוך 6 הפעולות המפורטות בפוליסה ו/או מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש", כהגדרתה בפוליסה, שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום.

## בריאות מורחב

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
1	ניתוחים בארץ (מהשקל הראשון)	כיסוי מלא להוצאות רפואיות הקשורות בניתוחים בישראל. <b>ככל שמבצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.</b> 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 ההוצאות בפועל ועד 12,419 ₪ 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. <b>בין היתר, התייעצות עם רופא מומחה:</b> 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.
8	ביטוח סיעודי	תשלום גמלת סיעוד של 6,209 ש"ח לחודש לתקופה מקסימלית של עד 60 חודשים בגין מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מ-3 מתוך 6 הפעולות המפורטות בפוליסה ו/או מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש", כהגדרתה בפוליסה, שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום.

**\*הטבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות ובחברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים.**

**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 בחברת תנאי הפוליסה.**

### דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ \*

גיל המבוטח	בריאות חובה	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	₪ 3.49	₪ 9.96	₪ 19.29
20-54	₪ 10.59	₪ 30.49	₪ 60.97
55 ומעלה	₪ 10.59	₪ 43.55	₪ 88.97

לחברי סגל פורשים, דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח	בריאות חובה	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	₪ 7.96	₪ 16.19	₪ 21.15
20-54	₪ 17.43	₪ 41.05	₪ 79.65
55 ומעלה	₪ 17.43	₪ 79.65	₪ 206.58

\*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 וייתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

## הצהרת בריאות (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.

**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.**

נא לפרט	תאריך גילוי המחלה	ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		עובדת		שאלות כלליות
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
														גובה בס"מ משקל בק"ג
														1 האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? O האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ 2 כוסות ביום)?
														2 האם הנך מעשן/ת או עישנת בשנתיים האחרונות? כמה סיגריות מעשן/עישנת ביום _____ [26]
														3 האם אושפדת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]
														4 האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? נא פרט/י
														5 האם הנך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?
														<b>האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:</b>
														1 מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: O מערכת העצבים* O אירוע מוחי* O אפילפסיה [22] O טרשת נפוצה* O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* O פרקינסון* O רעד* O פיגור שכלי* O אוטיזם* O תסמונת דאון* O שיתוק מוחין* O פוליו* O גושה* O הפרעות קשב וריכוז ו/או הופנית ב 5 השנים האחרונות לאבחון בנושא זה? O האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות*?
														2 מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]
														3 עיניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
														4 מערכת: O אף O אוזן O גרון [2]
														5 מערכת לב וכלי דם: O לב [4] O כלי דם O מחלת דם*
														6 מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: O יתר לחץ דם [5] O סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון)
														7 בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]
														8 ריאות ודרכי הנשימה [3]
														9 מערכת העיכול: O קיבה [9] O מעיים [9] O ושת [9] O כיס המרה [9] O כבד [10] O צהבת [10]
														10 מערכת השתן: O כליות [13] O דרכי השתן [13] O בלוטת הערמונית (פרוסטטה) [14]
														11 אורטופדיה ומערכת השלד: O גב ועמוד השדרה [21] O ברכיים [20] O ירידה בצפיפות העצם [17] O שברים [18] O מפרקים [18][19]
														12 מחלות עור*
														13 גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*
														14 גידולים שפירים*
														15 לנשים (מגיל 14 בלבד): O שדיים לרבות הגדלת חזה [15] O מערכת גניקולוגית [15] O בעיות פריון O האם הנך בהריון? O האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____

# הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

**א הוראה לתשלום**

שם המבוטח בהראל: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

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

לגביה מפוליסה קיימת, מס' פוליסה: \_\_\_\_\_

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

**ב תשלום בהוראת קבע לבנק**

**פרטי הוראה**  
לכבוד, בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת הסניף: \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד
		בנק	סניף	
_____	_____	_____	_____	6 0 8

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - ש.מ. \_\_\_\_\_  
 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. אג"ו הח"מ: \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' ת.זהות / ח.פ. \_\_\_\_\_

מכתובת: \_\_\_\_\_

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף להגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. 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.
- ג. 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.
- 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 המוגע לעסקה שבינינו 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 שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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: \_\_\_\_\_

**ג הוראות בעל כרטיס האשראי**

כרטיס אשראי מסוג:  ויזה  ישראלכרט  דינרס  לאומי קארד  אמריקן אקספרס  אחר: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

טלפון	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס \_\_\_\_\_

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזר באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.

יודגש, כי כל תשלום אחר, אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, והואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_