

יולי 2025

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

## טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי כולל הצהרת בריאות עבור ילדים בוגרים ובני משפחותיהם לעובדי מון אקטיב

הנני מבקש/ת בזה מהרצל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי מון אקטיב 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:

- ילד בוגר המצטרף לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצורפים לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו באמצעות גבייה אישית.

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.

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הרצל. 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 בהרצל 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](http://www.harel-group.co.il).

| ס"ב              | מספר זהות | שם משפחה         | שם פרטי | תאריך לידה                                    | מין                 |
|------------------|-----------|------------------|---------|-----------------------------------------------|---------------------|
|                  |           |                  |         |                                               | ילד בוגר            |
|                  |           |                  |         |                                               | בן/בת זוג           |
|                  |           |                  |         |                                               | ילד עד גיל 25 1     |
|                  |           |                  |         |                                               | 2                   |
|                  |           |                  |         |                                               | 3                   |
|                  |           |                  |         |                                               | ילד בוגר מעל גיל 25 |
|                  |           |                  |         |                                               | ילד בוגר מעל גיל 25 |
| עיסוק            |           | שם קופת חולים    |         | שב"ן (ביטוח משלים) מסוג                       |                     |
|                  |           |                  |         |                                               |                     |
|                  |           |                  |         |                                               |                     |
|                  |           |                  |         |                                               |                     |
| מבטח ראשי        |           | בן/בת זוג        |         | ילדים מעל גיל 18                              |                     |
| רחוב             |           | רחוב             |         | כתובת זהה למבטח ראשי <input type="checkbox"/> |                     |
| מספר בית         |           | מספר בית         |         | כתובת זהה למבטח ראשי <input type="checkbox"/> |                     |
| יישוב            | מיקוד     | יישוב            | מיקוד   | מספר בית                                      |                     |
| מספר טלפון נייד* |           | מספר טלפון נייד* |         | מספר טלפון נייד*                              |                     |
| מספר טלפון בבית  |           | מספר טלפון בבית  |         | מספר טלפון בבית                               |                     |

|                                                 |                       |   |
|-------------------------------------------------|-----------------------|---|
| כתובת דוא"ל (E-mail)<br>להודעות אישיות ודיוורים | ילד בוגר              | @ |
|                                                 | בן/בת זוג             | @ |
|                                                 | ילד בוגר (מעל גיל 18) | @ |

\* חובה מגיל 18

| ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי): |          |           |       |       |       |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------|-------|-------|----------|
| תיאור                                                                                   | ילד בוגר | בן/בת זוג | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד בוגר |
| האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? |          |           |       |       |       |          |

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

#### דמי הביטוח החודשיים ב - ש"ח \*

| סוג מבטח/ת                       | עלות   | אופן המימון והתשלום             |
|----------------------------------|--------|---------------------------------|
| ילד בוגר - ילד/ה מעל גיל 25 שנה* | 104.40 | במימון העובד - אמצעי תשלום אישי |
| בן/ת זוג                         | 104.40 |                                 |
| ילד עד גיל 18                    | 31.20  |                                 |
| ילד/ה מעל גיל 18 - 25 שנה        | 31.20  |                                 |

\*ילד/ה עד גיל 25 שנה - החל מהילד השלישי ואילך בכל בית אב- ללא עלות נוספת.

\*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.5.2022.

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 ✓ 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.

ילד בוגר  
שם:

ילד 3  
שם:

ילד 2  
שם:

ילד 1  
שם:

בן/בת זוג

ילד בוגר  
שם:

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

חלק א': שאלות כלליות

מגיל 10 בלבד

גובה (בס"מ)  
משקל (בק"ג)

האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות?  
○ עליה ○ ירידה של ק"ג. מה הסיבה? ○ דיאטה ○ אחרת

2

מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:  
האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנותיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מפיז, 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/ה או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע?  
נא פרט/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מה הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ת תרופה זו?

4

האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? [23] נא פרט/י

5

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:  
○ מערכת העצבים\* ○ אירוע מוחי\* ○ אפילפסיה [22] ○ טרשת נפוצה\* ○ הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי\*

2

מערכת לב וכלי דם: ○ לב [4] ○ כלי דם [7] ○ מחלת דם\*

3

מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות:  
○ לחץ דם [5] ○ שומנים בדם [6] ○ סוכרת [12]

4

מערכת הנשימה: ○ ריאות ודרכי הנשימה [3] ○ אסטמה [3]

5

מערכת העיכול: ○ קיבה [9] ○ מעיים [9] ○ ושת [9] ○ כבד [10]

6

מערכת השת: ○ כליות [13] ○ דרכי השת [13]

7

אורתופדיה ומערכת השלד: ○ גב ועמוד השדרה [21] ○ ברכיים ○ מפרקים [18][19] [20] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ שברים [18]

8

בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]

9

עייניים 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): ○ שדיים [15] ○ מערכת גניקולוגית [15] ○ בעיות פרייון ○ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? \_\_\_\_\_

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

חובה למענה - בריכשת כסוי לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל

ילד בוגר  
שם:

ילד 3  
שם:

ילד 2  
שם:

ילד 1  
שם:

בן/בת זוג

ילד בוגר  
שם:

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

לא  
כן

האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי?  
נא פרט/י: \_\_\_\_\_

עמוד 3 מתוך 7

www.harel-group.co.il

## 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 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.
- פרטיות** - הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדיון, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
- פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- 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 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 להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב:

  - 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") כללית מושלם/פליטנים, "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" אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב" 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". המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב" לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
  - ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב" נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים ( ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
  - ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב" תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב" או מהמועד בו ייכנס הביטול 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: 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).
- למעשנים בלבד**: לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

**לידיעתך, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים בישראל במסגרת פוליסת פרט בחברה.**

## ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בה הראל 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 בה 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.
- משק 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 צירופך 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 האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת [www.harel-group.co.il](http://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.

## 4. שליחת דבר פרסומת

. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

באפשרותך לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); במספר 2735 \*;

קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שנתינה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

\*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

**תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת**

## 5. 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 הביטוח 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 (להלן: "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 חוללים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים/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 עצבונו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.

| 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 |       |          |           |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ו. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):</b></p> <p>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 התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.</p> <p>תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**תקופת הביטוח**

5 שנים, החל מיום 1.6.2022 ועד ליום 31.5.2027

**עיקרי הכיסויים בפוליסה(\*)**

| פרק | שם כיסוי                                                 | כיסויים וסכום ביטוח עיקרי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| א'  | השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל              | <p><b>השתלה</b></p> <p>הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה).<br/> הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 5,000,000 ש"ח.<br/> גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 6,000 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים.</p> <p><b>טיפול מיוחד בחו"ל</b></p> <p>טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה)<br/> טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,000,000 ש"ח.</p>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ב'  | תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות                          | <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.</p> <p>עד 3,000,000 ש"ח לכל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ג'  | ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ | <p>המבטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים:</p> <p>א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ח להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.</p> <p>ב. שכר מנתח.</p> <p>ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו.</p> <p>ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.</p> <p><b>התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.</b></p> |
| ד'  | ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח 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.</p> <p>ללא תאום עם חברת הביטוח - 200% מעלות הניתוח בארץ.</p> <p>פרק זה כולל שכר מנתח, אשפוז, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, שתל עד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח, כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה ועוד.</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ה'  | שירותים רפואיים נוספים                                   | <p>שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז.</p> <p><b>בין היתר</b>, התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,000 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת.</p> <p><b>בדיקות רפואיות אבחנתיות:</b> עד 7,500 ש"ח לבדיקות אבחנתיות ועד 7,000 ש"ח לבדיקות הדמיה, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

\*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.

- 1. פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- 2. לידעתך,** ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.

## א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: ..... סניף: ..... כתובת הסניף: .....

| מספר חשבון בנק | סוג חשבון | קוד מסלוקה  | קוד המוסד | אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד) |
|----------------|-----------|-------------|-----------|----------------------------------------------------|
|                |           | סניף<br>בנק | 6 0 8     |                                                    |

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב: ..... ש. מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום. .... / ..... / .....

☐ מועד גבייה: 1-5 / 10-15 / 20-25

### 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: .....

מס' ת. זהות / ח.פ.

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מכתובת: .....

מיקוד

עיר

מס'

רחוב

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו 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.
- ההרשאה 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.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר לידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה 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.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תעשו 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.
- 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. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ לאומי ויזה ☐ ויזה כאל ☐ ישראלכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר .....

| תוקף הכרטיס | מס' הכרטיס |
|-------------|------------|
|             |            |

1. לידעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות.

2. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

3. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.

4. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחויב אמצעי התשלום בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.

5. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: ..... שם בעל הכרטיס: ..... ת"ז בעל הכרטיס: ..... חתימת בעל הכרטיס: .....



^dt2511

1. לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבע או בכרטיס אשראי).

2. לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום מטה.  
חשוב לדעת, בקשה זאת דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

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

| שם המשלם | מספר זהות המשלם | תאריך | חתימת המשלם                                                                       |
|----------|-----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|          |                 |       |  |

| ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי |      |      |       |            |
|----------------------------------|------|------|-------|------------|
| שם המשלם שאינו המבוטח            | רחוב | מספר | יישוב | טלפון נייד |
|                                  |      |      |       |            |

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? ☐ הורה ☐ ילד ☐ אחר. ....  
ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי וכי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

| שם המשלם | מספר זהות המשלם | תאריך | חתימת המשלם                                                                       |
|----------|-----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|          |                 |       |  |

