



**לטפסים: ניתן להעביר את הטפסים באמצעות מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ**

**טופס הצעה לביטוח סיעוד קבוצתי לנכי צה"ל שאינם חברי ארגון**

מהדורת נובמבר 2017

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הסיעוד הקבוצתי לחברי ארגון נכי צה"ל סיעוד עפ"י התנאים שבהסכם. לידיעתך: הפרמיות החודשיות עבור הביטוח שלך ברובד הבסיס ישולמו בחלקן על ידי משרד הביטחון ובחלקן על ידך באמצעות ניכוי מהתגמול החודשי.

שם	ת"ז	תאריך	חתימה
----	-----	-------	-------

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

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

מועמד לביטוח	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
כתובת	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	
	טלפון בבית	טלפון בעבודה	טלפון נייד		
פרטים נוספים	מועמד לביטוח	שם קופת החולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:	
	כתובת דואר אלקטרוני- מבוטח ראשי	כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים @			

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

**ב. התכנית המבוקשת (נא לסמן ✓ במקום הרלוונטי):**

שם התוכנית	עובד/ת
רובד בסיס (עפ"י תנאי הפוליסה)	

**ג. הצהרות בריאות**

הצהרות הבריאות שלהלן, יחולו לחוד על המבוטח הראשי. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך להשלים את המידע גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן), יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת.

מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה נדרש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות. ההחלטה על צירוף לביטוח או דחייה מהביטוח תעשה בהתאם ובכפוף לתנאי החיתום הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה והמבטחת.

**ג.1. הצהרת בריאות להצטרפות לרובד ביטוח בסיסי - עבור חבר/ת הארגון**

כ	לא		שאלה
	לא קשור לנכות צהלית	קשור לנכות צהלית	
1			האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות להלן:
			1.1 לקום ולשכב
			1.2 להתלבש ולהתפשט
			1.3 להתרחץ ולהתקלח
			1.4 לאכול ולשתות
			1.5 לשלוט על הסוגרים
2			1.6 ללכת (ניידות)
	כן	לא	האם את/ה נמצאת/ת במעקב של רופא מומחה או רופא גריאטרי ב-5 השנים האחרונות עקב ממצא של ירידה בזיכרון?

## ד. מידע למועמד לביטוח

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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה, בהתאם לפרוטוקול החיתום המהווה חלק בלתי נפרד מההסכם שבין החברה לארגון נכי צה"ל.
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 ארגון נכי צה"ל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים 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 פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. **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 ההצעה זו או למוקד השירות 2735\*.

## ה. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
2. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
3. **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 ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביורר הזכויות והחובות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקשים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

## סעיפים חובה למענה

- | ק | לא | הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת   |
|---|----|---|
|   |    | (א) האם הנכם מסכימים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעליכם לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלכם כמפורט בטופס ההצעה זה?   |
|   |    | (ב) האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיכם, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים 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 לידיעתכם מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותכם, עיבודו ואחסונו של המידע, 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.            |
|   |    | (ג) הרינו להודיעכם כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיכם (ככל שנתתם הסכמה להעברת פרטיכם אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוב אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). <b>אם אינכם מסכימים</b> לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותכם להודיע על סירובכם או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותכם באתר האינטרנט של החברה בכתובת <a href="http://www.hrel.co.il/pirsum">www.hrel.co.il/pirsum</a> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. |
|   |    | מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>   |

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה

**1. תקופת הביטוח**

הכיסוי הסיעודי ייחל ב 01.01.2018 עד ליום 31.12.2022, בהתאם להנחיות הפיקוח על הביטוח, ובכפוף לזכות ביטול הפוליסה על פי תנאי ההסכם בין בעל הפוליסה למבטחת ו/או לאפשרות ביטול הפוליסה בהתאם לחוק חוזה הביטוח 1981.

**2. עיקרי הכיסויים בפוליסה(\*)**

**ביטוח סיעודי קבוצתי לנכי צה"ל**

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
א'	ביטוח סיעודי	תשלום גמלת סיעוד של 4,000 * 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.* סכום הביטוח הבסיסי ניתן להפחתה בכל עת בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם, ככל שיתקיימו, לעניין סכום קרן המבוטחים ולעניין המודל האקטוארי.

\*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 בהסכם ובפוליסה החתומה בין הצדדים. באפשרותך לפנות להראל או לסוכנות הביטוח מבטח סיימון ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת חחרגות תקופות המתנה. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

**ה. פרמיות חודשיות ב - נה \***

עבור רובד בסיס - 100 ₪ למבוטח לחודש (62.5 ש"ח ישולם על ידי כל חבר ארגון ו 37.5 ₪ עבור חברי הארגון המבוטחים במימון משרד הבטחון).

\* הפרמיות צמודות למדד הידוע ליום 1.1.2018.

# הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

## Standing Order for Payment of Health Insurance Premiums

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם  
Please be sure to complete this form precisely and in full

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
The form is intended from women and men alike

### א הוראה לתשלום

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

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

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המשלם: \_\_\_\_\_

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	מיקוד
		סניף	בנק		
_____	_____	_____	_____	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.ו. \_\_\_\_\_  
 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. אגילו הח"מ: \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' ת.זהות / ח.פ. \_\_\_\_\_

מכתובת: \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

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:

- 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 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.
- ההרשאה 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 מייד 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 ותוספותיהן.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון: \_\_\_\_\_

### ג הוראות בעל כרטיס האשראי

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

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

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____

מס' תוקף 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 מכל הפוליסה/ות או בהקשר אליהן 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, הואיל 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 תחודשנה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_