



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

טופס הצעה לביטוח סיעוד קבוצתי לעובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם
מהדורת נובמבר 2017

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הסיעודי הקבוצתי לעובדי ארגון נכי צה"ל ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם. לידעתך: עבור עובד ארגון - הפרמיות החודשיות עבורך ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך. הפרמיות החודשיות עבור בני משפחתך ועבור הרובד המורחב עבורך ישולמו על ידך באמצעות אמצעי גבייה אישי (הוראת קבע או כרטיס אשראי).

שם עובד/ת הארגון	ת"ז	תאריך	תאריך תחילת העבודה
------------------	-----	-------	--------------------

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

א. פרטי המועמדים לביטוח

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

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

שם התוכנית	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
רובד בסיס (עפ"י תנאי הפוליסה)						
רובד הרחבה (עפ"י תנאי הפוליסה)*						
* פירוט מספר יחידות הברירה הניתנות לרכישה מופיע בעיקרי הכיסוי בעמ' 4 לטופס						

1. **עובדי הארגון** - רשאים לרכוש יחידות ברירה רק מבוטחים קיימים ברובד הבסיסי, או מבוטחים חדשים שנמצאו זכאים לביטוח בהתאם להצהרת הבריאות.
2. **בני משפחה של עובדי הארגון** - רשאים לרכוש יחידות ברירה מבוטחים חדשים בהתאם להצהרת הבריאות או מבוטחים קיימים, המבקשים להוסיף יחידות ברירה בהתאם להצהרת הבריאות.

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 הצעה זו או למוקד השירות 2735*.

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים 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 הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
3. **הליך הצטרפות:** ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם של יותר ממועמד אחד לרובד יחידות הברירה, 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. למען הסר ספק, צירוף בן משפחה ליחידות הברירה מותנה בכך שעובד הארגון מבטח ברובד הבסיסי.
 במידה וחלק מן המועמדים לביטוח לרובד יחידות הברירה 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**).
4. **ויתור על סודיות רפואית**
אני/אנו החתומים/ים מטה נותנים/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן 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 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 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 בעת ו/או משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

סעיפים חובה למענה	לא	ק
5. בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כוללת הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתימתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?		
6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת	לא	ק
(א) האם הנכם מסכימים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעליכם לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלכם כמפורט בטופס הצעה 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 והפיננסיים) 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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינכם מסכימים 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 www.hrel.co.il/pirsum 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 www.harel-group.co.il		

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

1. תקופת הביטוח

הכיסוי הסייעודי 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	<p>רובד הבסיס (לנכי צה"ל ו/או עובדי הארגון בלבד): 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.</p> <p>רובד יחידות ברירה (עבור כל המבוטחים): בגין יחידות הברירה, התגמול הסייעודי הינו 1,100 ₪ לכל יחידת ברירה. סכומי הביטוח יהיו צמודים למדד לפי שיעור השינוי בין מדד הבסיס למדד הקובע כהגדרתם בפוליסה. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי עובדי הארגון יהיו רשאים לרכוש יחידות ברירה מעבר לרובד הבסיסי ואילו בני המשפחה יהיו רשאים לרכוש יחידות ברירה בלבד.</p> <p>לתשומת ליבך: עובד ארגון שבחר בכך יצורף לרובד הבסיסי בכפוף לעמידתו בתנאי החיתום הרפואי לרובד הבסיסי. עובד ארגון המבוטח ברובד הבסיסי ושבחר בכך יהיה זכאי להיות מבוטח בכיסוי שבין 2 ל-8 יחידות ברירה סך הכל, ובלבד שבוטח ברובד הבסיסי ועמד בתנאי החיתום הרפואי עבור יחידות הברירה. בן משפחה שבחר בכך יהיה זכאי להיות מבוטח בכיסוי שבין 2 ל-12 יחידות ברירה סך הכל, ובלבד שעמד בתנאי החיתום הרפואי עבור רובד יחידות הברירה.</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 בהסכם ופוליסה החתומים בין הצדדים.
באפשרותך לפנות להראל או לסוכנות הביטוח "מבטח סיימון" ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות ותקופות 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 - ₪ *

1) עבור רובד בסיס - 100 ₪ למבוטח לחודש

2) עבור יחידות ברירה -

טבלת הפרמיות (רובד יחידות הברירה) - פרמיה חודשית בש"ח לכל יחידת ברירה (1,100 ₪) **					
קבוצת גיל	מיום 1.1.18 ועד ליום 31.12.18	מיום 1.1.19 ועד ליום 31.12.19	מיום 1.1.20 ועד ליום 31.12.20	מיום 1.1.21 ועד ליום 31.12.21	מיום 1.1.22 ועד ליום 31.12.22
3-24	1.47	1.58	1.69	1.82	1.95
25-29	5.46	5.46	5.46	5.46	5.46
30-34	9.55	9.55	9.55	9.55	9.55
35-39	9.55	10.21	10.92	11.68	12.50
40-44	12.49	12.87	13.25	13.65	14.06
45-49	12.49	13.41	14.40	15.46	16.61
50-54	14.69	17.28	20.32	23.90	28.12
55-59	17.00	20.82	25.51	31.24	38.27
60-64	20.00	25.05	31.37	39.29	49.20
65-69	49.21	52.07	55.10	58.31	61.70
70 ואילך	49.21	53.80	58.81	64.30	70.29

* הפרמיות צמודות למדד הידוע ליום 1.1.2018.

** פרמיות רובד יחידות הברירה, ישתנו בכל ינאר של כל שנה וכן על פי גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה, והכל כמפורט בטבלה לעיל.
בנוסף לאמור, פרמיות יחידות הברירה ניתנות לשינוי בכל עת במהלך תקופת הביטוח בהתקיים הנסיבות בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם, ככל שיתקיימו, לעניין סכום קרן המבוטחים.

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.ז. _____

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

טלפון	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____

מס' הכרטיס _____ 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: _____