

יולי 2022

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי וגמלאי גיא טכנולוגיות ובני משפחותיהם

הגני מבקשת/בה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי וגמלאי גיא טכנולוגיות ואו לצרף את בני משפחותי (ב/בת זוג וילדים עד גיל 30), עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

- יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- עובדים/גמלאים, בני/ות הזוג וילדים עד גיל 30 שלא היו מבטחים בביטוח הקבוצתי הקודם ומבקשים להצטרף.
 - עובדים חדשים, בני/ות הזוג וילדים עד גיל 30 המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתם.
 - בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה.
 - תינוק חדש המצטרף לביטוח לאחר 180 יום, מיום היוולדו.
 - מבטח שמסיבה כל שהי פרש מהביטוח ומבקש להצטרף בשנית.

לדיעתי: דמי הביטוח החודשיים עבור יושלמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה יטס משכר. דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך יושלמו על ידך באמצעות ניכ"י משכר.

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

שם העובדת	ח.י. 6/2021	ת.ז.	056738156	תאריך תחילת עבודה	1.5.2000	חתימה	תאריך
							4.12.22
אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח:							
☐ לא ☒ כן							

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.
פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
לאחר הצירוף ל ביטוח- 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 ואו לעדכןם, באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
056738156	יגאל	יגאל	ח.י.	19.11.1960	זכר
056714637	יגאל	יגאל	ח.י.	23.5.1961	זכר
305242760	יגאל	יגאל	ח.י.	31.10.1990	זכר
305351546	יגאל	יגאל	ח.י.	5.8.1990	זכר
201268125	יגאל	יגאל	ח.י.	23.1.1989	זכר
312239817	יגאל	יגאל	ח.י.	16.5.1994	זכר

עיסוק	שם קופת חולים	שכ"ב (ביטוח משלים) מסוג

כתובת מערס*		מבטח ראשי (עובדת)		ב/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית
הירושלמי	26						
יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד
חיפה	3436+						
מספר טלפון ניד*		מספר טלפון ניד*		מספר טלפון ניד*		מספר טלפון ניד*	
050-6215659		050-6215659		050-6215659		050-6215659	
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית	
04-8344574		04-8344574		04-8344574		04-8344574	

cravratnovsky26@gmail.com

סוכנת דוא"ל (E-mail) להודעת אישיות ודיוורים

עובדת

ב/בת זוג

ילד בוגר (מעל גיל 18)

* חובה מעל 18

ב. תכנית הביטוח המבוקשות (מא לממן) במקום הרלוונטי: יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן						
תאור	עובדת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם הנך מעוניינת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה?	X	X	X	X	X	X
האם הנך מעוניינת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן), עפ"י תנאי הפוליסה?						

*שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאונחת עדיר/שיא" ו"לאומית זהב".

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.											
חלק א': שאלות כלליות											
מס' שאלה	מיל 6 בלבד	עונה (בס"מ)	משקל (ב"ק"ג)	עובדת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	שם	שם
1	178	161	67	X	X	X	X	X	X	מא	מא
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
8	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

** הצהרת הבריאות לא תחול לגבי פרק י' - שירותים רפואיים נוספים. על פרק זה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל סעיף לפי העניין.

על הכיסוי הביטוחי
*** המבוטח או בעל הפוליסה יהיו פטורים מתשלום תוספת סיכון רפואי (תוספת בריאות) בנין מצבו הרפואי של המבוטח. המבטח יהיה זכאי להחריג את הכיסוי הביטוחי לתקופה מוגבלת או לצמיתות, על פי הכללים הקבועים בפרוטוקול החיתומי לגבי כלל המבוטחים אצל המבטח. מובהר ומוצהר כי מבוטח עם מצב רפואי המחייב תוספת בריאות של עד 75% יתקבל לביטוח בתנאים רגילים והמבטח יהיה מנוע מלהחריג מהביטוח לתקופה מוגבלת או לצמיתות.

ד. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, יישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות ביד 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 ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 הצטרפות לביטוח - ככל שהיך 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", אנו עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 2735 *.
- למבקש/ים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
 - לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חברים/ם ("שב"ן") כללית מוסלם/פליט/ים, "מכבי מן זהב", "לאומית והב", "מאוחדת עדיף/שיא" וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
 - הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנוכחות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חברים/ם וזאת בתנאי שנותני השירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם תנאי 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.
 - 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).
 - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/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.
- 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 (לדוגמה: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנחנו החתומים/ות מטה מבקשים/ות מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אנחנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לילנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנחנו מצהירים/ות 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.

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 יותר ממועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- | לא | כן |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ☒ | ☐ |
- א. האם הנכם מסכימים, מעבר למחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי ביד חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 והפיננסים) 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 להודיע 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 חיוג 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 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

4. ויתור על סודיות רפואית

- אני/אנחנו החתומים/ות מטה נותנים/ות 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 וישוב תביעת על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתנו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידים ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותנו על כל מחלה שחלתנו בה בעבר ו/או שאינו/נו חוליה בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו/נו משהחרימים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לנו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדנו/נו הקטנים.

5. משקע 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 שיעביר 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 להיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האיש שלך 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.

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

1. הצהרת הסוכן לבידור צרכי המועמד והצעת ביטוח ותאם לצרכי (סעיף חובה לחתימת הסוכן):

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לענין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למחזרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לענין צירוף לביטוח, ובפרט בירדתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספתי כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת לצרכיהם, ומסרתי להם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.8.2022 ועד ליום 31.7.2027.

עיקרי הכיסויים בפוליסה (*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	השתלחות וטיפולים מיוחדים בחול	השתלחות הוצאות רפואיות בגין השתלחות אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלחות אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,000,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלחות בסך של 7,500 ש"ח לתקופה של 24 חודשים. טיפול מיוחד בחול טיפול מיוחד בחול אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,200,000 ש"ח. טיפול מיוחד בחול אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה).
ה'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחול	ניתוחים פרטיים בחול 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 - בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת. פרק זה כולל כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והוצאות העברת יבשתית. טיפול מחליפי ניתוח בחול טיפול מחליפי ניתוח שבוצע בחול ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז. ללא תאום עם חברת הביטוח - מעלות ביצוע ניתוח אותו בא הטיפול המחליפי ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.
ו'	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	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 המבטח 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. עד 4,000,000 ש"ח לתקופת הביטוח.
ז'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליפי ניתוח ועד לסך של 1500 ש"ח להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליפי 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 מחליפי ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יודק המבוטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידו לנותני שירות שבהסדר.
ח'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שבין	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 מחליפי ניתוח ועד לסך של 1500 ש"ח להתייעצות אצל ספק שירות שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליפי 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 מחליפי ניתוח - זכאות עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יודק המבוטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידו לנותני שירות שבהסדר כאמור. שבין - ככללית מושלם/פלטיון, "מן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".
ט'	מרפאת מומחים ובדיקות אבחון	יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח, כגון: 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 לכל הבדיקות האבחנתיות ולא פחות מ- 250 ש"ח לבדיקה, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

י	שירותים רפואיים נוספים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר , אביזרים רפואיים: עד 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. טיפול שיקום שלא לאחר ניתוח: עד 120 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח עבור שיקום הדיבור והראיה, עד 180 ש"ח לחודש ועד 12 חודשים עבור התעמלות שיקומיות, עד 250 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים לשנת ביטוח עבור טיפולי פיזיותרפיה וטיפול שיקום או ריפוי בעיסוק. שיפוי בגין ההוצאות הרפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. שיפוי בסך 50,000 ש"ח בעת גילוי מחלה קשה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
יא	שיפוי בגין הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה	

*הסבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. **תמי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי המאמר** ובחברת תמי הפוליסה. התמיים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים. באפשרותך לפנות להראל או לסוכ הביטוח ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוח, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תמי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחברת תמי הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב - נ *

סוג מבטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר לניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר לניתוחים משלים שבין
מבטח עד גיל 20	28.62	27.59
מבטח בגיל 21-30	71.54	69.50
מבטח בגיל 31-40	97.09	94.02
מבטח בגיל 41-50	132.86	129.79
מבטח בגיל 51-60	168.63	165.56
מבטח בגיל 61-65	214.62	208.49
מבטח בגיל 66 ואילך	260.61	252.43

*דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבטח.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.7.2022.
לאחר 24 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.