

אוגוסט 2019

סוג מסמך: 2611, קולקטיב מרכז: 723036

ארגון עובדי משרד הביטחון

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

טופס הצעה לביטוח תאונות האישיות הקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי/גמלאי משרד הביטחון ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:

- חברים חדשים המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת חברותם.
- בני משפחה של חברים חדשים (בן/בת זוג ו/או ילד מעל גיל 21) המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת חברותו של החבר.
- חברים ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים במסגרת ההסדר הקודם.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין).
- ילד של חבר שמלאו לו 3 שנים.

דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בן/בת זוגתך ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך
דמי הביטוח החודשיים עבור ילדך, ישולמו באמצעי גבייה אישי.
דמי הביטוח החודשיים עבור גמלאים בפנסיה צוברת ישולמו באמצעי גבייה אישי.

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

שם העובד/ת גמלאי/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך
--------------------	------	-------------------	-------	-------

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.
במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גבייה אישי - פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.
חשוב לדעת: 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 ו/או 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
עובד/ת					
בן/בת זוג					
ילד בגיל 3 ועד 21					
2					
3					
ילד בוגר מעל גיל 21					
מבוטחים נוספים					
גמלאי/ת					
בן/בת זוג					
עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	
עובד/ת/גמלאי/ת		שם רופא מטפל			
בן/בת זוג					
ילדים					

כתובת מגורים*		מבטח ראשי (עובד/ת/גמלאי/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
רחוב		מספר בית	כתובת זהה למבטח ראשי		כתובת זהה למבטח ראשי		
			רחוב		רחוב		
יישוב		מיקוד	יישוב		מיקוד	יישוב	
מספר טלפון נידד*		מספר טלפון נידד*		מספר טלפון נידד*		מספר טלפון נידד*	
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית	
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		עובד/ת	@				
		בן/בת זוג	@				
		ילד בוגר (מעל גיל 18)	@				

* חובה מגיל 18

א. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי):						
תיאור	עובד/ת/גמלאי/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד מעל גיל 21
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לפוליסת התאונות האישיות הקבוצתית, עפ"י תנאי ההסכם? ☐ כן						

ב. הצהרת הבריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד)												
הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבטח 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												
1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)									
2	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי/											
3	האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/											
4	האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?											
(אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)												
חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:												
1	O מערכת העצבים* O אירוע מוחי* O טרשת נפוצה* O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* O פרקינסון* O רעד* O האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות* O גידולי מוח* O הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*											
2	עיינים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)											
3	אוזניים/שמיעה [2]											
4	O לב[4] O כלי דם [7] O מחלת דם*											
5	סוכרת מטופלת באינסולין [12]											
6	ריאות ודרכי הנשימה[3]											
7	O קיבה [9] O מעיים [9] O ושת [9] O כבד [10] O צהבת [10]											
8	O איידס ו/או נשאות HIV*											
9	O כליות [13]											

[illegible]

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד'	ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה	פטירתו של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו סכום בגובה של 150,000 ש"ח. נכותו הצמיתה של המבוטח, עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח ובתנאי שהנכות, לרבות החמרתה, גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח. סכום ביטוח, נכות מלאה צמיתה: מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנה, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 150,000 ש"ח. מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו מעל 67 שנים, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 75,000 ש"ח. נכות חלקית: אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח הנקוב בסעיף נכות מלאה צמיתה, למקרה של נכות מלאה וצמיתה.
ה'	פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה	אי כושר עבודה זמני של המבוטח כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני מלא: במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר זמני מלא לעבודה כתוצאה ממחלה ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 600 ש"ח לשבוע. במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר זמני מלא לעבודה כתוצאה מתאונה ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 1,000 ש"ח לשבוע. במקרה של אי כושר חלקי כתוצאה תאונה - תקופת המתנה בת 30 ימים, במקרה של מחלה - תקופת המתנה בת 30 ימים, במקרה של מבוטח שהינו תלמיד - תקופת המתנה בת 21 ימים. פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני חלקי במקרה של תאונה: במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר חלקי זמני לעבודה כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח פיצוי שבועי באופן יחסי לפגיעה בכושר עבודתו, בהתאם לתנאי הפוליסה. (הביטוח על פי פרק זה הינו למבוטח שגילו מעל 21 שנה)
ו'	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה	אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב מחלה או תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי של 200 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום הראשון, ולתקופה מרבית בת 30 יום.
ז'	ביטוח שבר כתוצאה מתאונה	שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה (להלן "שבר תאונתי"). המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין בטבלה שיעור הפיצוי (המופיעה בחוברת) לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 10,000 ש"ח (5,000 ש"ח לילד).
ח'	אירוע כוויה כתוצאה מתאונה	כוויה הנגרמת כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה (להלן "כוויה תאונתית"). המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין בטבלה שיעור הפיצוי (המופיעה בחוברת) לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 10,000 ש"ח (5,000 ש"ח לילד).
ט'	הוצאות רפואיות עקב תאונה	טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור של 60% מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים (המפורטים בפוליסה), ועד לסך 10,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.
י'	שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל	מצבו הרפואי של המבוטח כתוצאה ממחלה או תאונה, בעת שהותו באתר נופש או טיול בישראל. המבטח יישא בעלויות עבור הטיפולים והשירותים המפורטים להלן, אשר ניתנו למבוטח כתוצאה ממקרה הביטוח. הכיסויים הנכללים: הוצאות שירותי רופא פרטי, הוצאות חדר מיון, פינוי והעברה לבית חולים, העברה מבית חולים אחד לאחר והוצאות העברה ושהייה של קרוב משפחה.

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

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אפשרה, 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.

דמי הביטוח החודשיים ב - ₪ *

תאונות אישיות

סוג מבוטח	דמי הביטוח החודשיים
עובד/ת	47.19 ₪
בן/ת זוג של עובד/ת	47.19 ₪
ילד עד גיל 21	9.16 ₪
ילד מעל גיל 21	47.19 ₪
גמלאי/ת	53.17 ₪
בן/ת זוג של גמלאי/ת	53.17 ₪

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.8.2019.

בתום 24 חודשי הביטוח הראשונים, ומתום כל תקופה של 12 חודשים לאחר מכן, ייערך חישוב לצורך להתאמת פרמיה קביעת דמי הביטוח עד תקופת החישוב הבאה ובתאם לקבוע בהסכם בין בעל הפוליסה למבטחת.

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 for women and men alike

מועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.

א תשלום בהוראת קבע לבנק

פרטי הוראה		סניף: _____ כתובת הסניף: _____	
לכבוד, בנק: _____		מס' חשבון בנק	
מס' חשבון בנק		סוג חשבון	
קוד מסלוקה		סניף	
קוד המוסד		בנק	
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)		6 0 8	

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב - ₪. _____

☐ 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. אני/הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' תזוהות / ח.פ. _____

מכתובת: _____

מיקוד	עיר	מס'	רחוב
-------	-----	-----	------

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 עפ"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 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 תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא 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 הרצל 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 הוראות בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: ☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דינרס ☐ לאומי קארד ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר: _____	
שם בעל הכרטיס	
מס' ת.ז.	
רחוב	מס' ישוב
מיקוד	טלפון בית
טלפון	טלפון עבודה
טלפון נייד	מס' הכרטיס
מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

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

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

ההרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

ג הוראה לתשלום

שם המבוטח בהרצל: _____	ת.ז.: _____
☐ לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהרצל ☐ לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____	
חתימת המשלם: _____	
תאריך: _____	

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