



טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לגמלאי מקורות / ש"מ ובני משפחותיהם

מועד אחרון להצטרפות 31/01/2020

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א. פרטי המועמדים לביטוח

המועמד- יש להקיף בעיגול גמלאי/ת- מקורות / ש"מ	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/נ)	המסלול הנבחר (יש להקיף בעיגול)
גמלאי/ת *						מורחב/ משמר ופריודונטיה/ משולב
בן/בת זוג						מורחב/ משמר ופריודונטיה/ משולב
ילד/ה מגיל 4 עד גיל 18 שנים						מורחב/ משמר ופריודונטיה/ משולב
ילד/ה מגיל 4 עד גיל 18 שנים						מורחב/ משמר ופריודונטיה/ משולב
ילד/ה מעל גיל 18 שנים						מורחב/ משמר ופריודונטיה/ משולב
כתובת הגמלאי/ת	רחוב	מספר דירה	מספר בית	יישוב		
	מיקוד	מס' עובד	מצב משפחתי ר / נ / ג / א	תאריך תחילת עבודה	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני- גמלאי/ת (מבוטח ראשי)						
@						

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il

ב. התכנית המבוקשת (יש לסמן X במשבצת המתאימה):

- מבקש לצרף אותי בלבד לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין מקורות, ש"מ להלן: "המעסיק" לבין הראל חברה לביטוח למסלול מורחב / משמר ופריודונטיה / מסלול משולב (יש להקיף בעיגול את הרובד שנבחר).
- מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין מקורות, ש"מ (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח למסלול מורחב / משמר ופריודונטיה / מסלול משולב (יש להקיף בעיגול את הרובד שנבחר).

ג. דמי הביטוח

הפרמיה הינה פרמיה משתנה כמפורט בסעיף בטבלה שלהלן בהתאם לגיל וסטאטוס.

סה"כ סכומי החיוב החודשיים	תשלום ליועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה	פרמיה חודשית לתשלום במסלול מורחב (משמר, פריודונטיה, פרוטטיקה, שתלים ושיקום על גבי שתלים, יישור שיניים)	גמלאי/ת
156.87 ₪	2.50 ₪	154.37 ₪	גמלאי/ת
156.87 ₪	2.50 ₪	154.37 ₪	בן/בת זוג
156.87 ₪	2.50 ₪	154.37 ₪	ילד/ה בוגר מעל גיל 18
סה"כ סכומי החיוב החודשיים	תשלום ליועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה	פרמיה חודשית לתשלום במסלול משמר ופריודונטיה	גמלאי/ת
36.90 ₪	2.50 ₪	34.40 ₪	גמלאי/ת
36.90 ₪	2.50 ₪	34.40 ₪	בן/בת זוג
33.82 ₪	2.50 ₪	31.32 ₪	ילד/ה בוגר מעל גיל 18
32.79 ₪	2.50 ₪	30.29 ₪	ילד מגיל 4 - 18
סה"כ סכומי החיוב החודשיים	תשלום ליועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה	פרמיה חודשית לתשלום במסלול משולב (משמר, פריודונטיה ויישור שיניים)	גמלאי/ת
44.09 ₪	2.50 ₪	41.59 ₪	גמלאי/ת
44.09 ₪	2.50 ₪	41.59 ₪	בן/בת זוג
33.82 ₪	2.50 ₪	31.32 ₪	ילד/ה בוגר מעל גיל 18
33.82 ₪	2.50 ₪	31.32 ₪	ילד מגיל 4 - 18

* דמי הביטוח החודשיים עוברך ועבור בני משפחתך ישולמו באמצעי גביה אישי.

- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והם נכונים ליום 1.7.2019, על פי מדד חודש מאי 2019 שפורסם ביום 15.6.2019.

על מנת שנוכל לטפל במהירות בתביעות שיוגשו להראל לתשלום, אנא ציין את פרטי חשבון הבנק שלך וזאת לצורך החזר הכספי לו תהא זכאי.

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

יש לצרף צילום המחאה (מבוטלת) לצורך אישור נתוני פרטי הבנק.

ד. תנאים כלליים:

נושא	פירוט
משך תקופת הביטוח	4 שנים, החל מיום 1.10.2019 ועד ליום 30.9.2023.
מועדי גבייה	בתשלום דרך השכר - בהתאם להסדר שנקבע מול המעסיק.
ביטול הביטוח	<p>מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 2-1 להלן:</p> <p>1. מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן: א. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מבניהם (להלן: "התקופה הקובעת"). לעניין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.</p> <p>2. גובה החזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו:</p> <p>"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.</p> <p>"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), הפרמיות לצורך חישוב החזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.</p>
<p>לידיעתך, הפוליסה כוללת סייגים לחבות המבטח, השתתפות עצמית ותקרת החזר לטיפולים המכוסים. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת הנספחים הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.</p>	

ה. תמצית ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים.
 נכון ליום 1.8.2019 (על פי מדד חודש יוני 2019 שפורסם ב 15.7.2019) הסכומים הנקובים בטבלה צמודים, מידי חודש בחודשו, למדד המחירים לצרכן.

מחירון לטיפולים משמרים					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש	
D0150000	הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש / מוכר	בדיקה אחת לתקופת ביטוח	90.11	לא	
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	בדיקה אחת כל חצי שנה	60.07	לא	
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	למבוטח מעל גיל 12 יכוסו שש טיפולי הסרת אבנית לכל שנת ביטוח. למבוטח מתחת לגיל 12 יכוסה טיפול אחד להסרת אבנית לכל שנת ביטוח.	180.21	לא	
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף				
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן לתקופת ביטוח.	180.21	לא	
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הזורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח.	420.50	כן	
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	מכוסה טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח.	456.53	לא	
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה 1 - 456.53	לא	
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		שתי תעלות - 576.68	לא	
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		696.82	לא	
D3339000	טיפול שורש - שן 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		816.96	לא	
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית		אחד לשן בתקופת ביטוח.	456.53	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה			תעלה 1 - 456.53	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה			שתי תעלות - 576.68	כן
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת			696.82	כן
D3349000	חידוש טיפול שורש - שן 4 תעלות			816.96	כן
D2140000	שחזור אמלגם משטח 1, משן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לכל שן בשנה	174.20	לא	
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע		222.26	לא	
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע		240.28	לא	
D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	פעמיים בשנת ביטוח.	136.96	לא	

* בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.

מחירון לטיפול חניכיים (פריודונטליים)					
<ul style="list-style-type: none"> מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי חניכיים בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה. טיפול פריודונטי יבוצע לאחר השלמת הטיפול המשמר. כל טיפולי החניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם עם המבטח. 					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	בדיקה אחת בתקופת ביטוח	אין	192.23	לא
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	בנוסף למכסה התקופתית בנספח המשמר, יכוסה עוד טיפול הסרת אבנית אחד בתקופת ביטוח. הטיפול יבוצע במרפאת מומחה למחלות חניכיים.	אין	180.21	לא
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לשיבה, 30 דקות	שש ישיבות לתקופת ביטוח	אין	186.15	כן
D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין	אחד מהניתוחים המצוינים לכל אחד מרבעי הפה בתקופת הביטוח. הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית / עצם מן החי / אמדון / ממברנה וכדומה באם נדרשת כזו.	אין	2162.55	כן
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה		אין	1234.45	כן

*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.

מחירון לטיפול שיקום הפה (פרותטיים) - מסלול מורחב					
מבוטח מעל גיל 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרותטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה.					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם או לחילופין	מבנה ישיר אחד לשן בתקופת ביטוח.	אין	378.45	כן
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	מבנה יצוק אחד לשן בתקופת ביטוח.	אין	681.21	כן
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	אחד לשן בתקופת ביטוח, הטיפול כולל כתרים וגשרים זמניים	אין	1621.91	כן
D5110000	תותבת שלמה עליונה	תותבת שלמה אחת לכל לסת לתקופת ביטוח.	אין	3363.97	כן
D5120000	תותבת שלמה תחתונה				כן
*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבוטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.					

מחירון לשתלים וטיפולים על גבי שתלים - מסלול מורחב					
מבוטח/ת מעל גיל 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.					
שתלים שאושרו על ידי המבוטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה לטיפול וניתוחי חניכיים (פרודונט) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם עם המבטח.					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כפת ריפוי	עשרה שתלים לכל הפה בתקופת ביטוח.	884.25	2961.49	כן
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לכל שתל מכוסה.	379.64	1403.25	כן
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	כתר אחד לכל שתל מכוסה.	444.53	1476.54	כן
*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבוטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.					

מחירון לטיפול יישור שיניים (אורתודונטיה) - מסלול מורחב ומסלול משולב					
מבוטח/ת זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי יישור שיניים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.					
טיפול יישור שיניים שאושרו על ידי המבוטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה באורתודונטיה (יישור שיניים ולסתות) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם עם המבטח.					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן או לחילופין	יישור שיניים חלקי (לסת אחת)	1681.90	6727.60	כן
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן	יישור שיניים מלא (שתי לסתות) אחד בתקופת ביטוח.	1934.19	7736.75	כן
*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבוטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.					

1. מידע למועמד לביטוח
<p>1. התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>2. חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.</p> <p>3. תנאי הביטוח יהיו כאלו המפורטים בפוליסה בין היתר בהסכם ובכפוף להוראות, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.</p> <p>4. בחודש העוקב לחודש בו תחדל להיות מועסק על ידי המעסיק, יבוטל ביטוח זה עבורך ועבור בני משפחתך.</p> <p>5. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.</p> <p>6. במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל בכל עת בטלפון הראל (2735*).</p> <p>7. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.</p> <p>8. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח.</p> <p>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).</p>

ז. הצהרת והתחייבות המועמדים לביטוח







1. אני החתום מטה (מבוטח ראשי) מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח / החברה / הראל") לבטח אותי/נו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 (ב) בחתימתי זו (מבוטח ראשי), הריני נותן למקורות חברת מים בע"מ, שח"מ מקורות ביצוע בע"מ הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרי, כפי שיפורט להלן, את דמי הביטוח החודשיים עבורי ועבור בני משפחתי, ככל שצורפו, כמפורט לעיל ולהעבירם להראל למשך כל תקופת הביטוח לפי התעריף, התקופה והתנאים, כמתחייב מההסכם הקולקטיבי שנחתם בין מקורות, שח"מ לבין הראל.

2. קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך 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, 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.hrl.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.

3. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/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, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביורר ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי/נו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ו/או כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
				
				
				
				
				
				

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 לכבוד, בנק:		סניף:		כתובת הסניף:	
מס' חשבון בנק		סוג חשבון		קוד מסלוקה	
				קוד המוסד	
				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 - ₪.....
 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' ת.ז.הו / 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:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 ב. הרשאה 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.
 ג. 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.
 ד. 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.
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 ח. 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 שבבקשה 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 הוראות בעל כרטיס אשראי

כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר: _____	
שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____	
רחוב	מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____
טלפון	טלפון בית _____ טלפון עבודה _____ טלפון נייד _____
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 שתחודשנה.
 הרשאה 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 בהראל: _____ ת.ז.: _____

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".