

נובמבר 2016

סוג מסמך: 2549, קולקטיב מרכז: 526343

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlktiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח בריאות "Be Happy" לחברי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ובני משפחותיהם

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

- חברים המצטרפים לאחר 180 יום, מיום תחילת חברותם.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 180 יום, מיום תחילת חברותו של החבר.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין) המצטרפים לביטוח לאחר 180 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של החבר החדש.
- תינוק שנולד או אומץ, אשר תוגש בקשת הצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי לאחר 90 יום מיום היוולדו.
- * בתנאי שהוריו מבוטחים לפחות 180 יום בביטוח הבריאות הקבוצתי.

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לחברי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים), עפ"י התנאים שבהסכם. לידעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ועובר בני משפחתך ישולמו באמצעי גביה אישי.

שם: _____ ת.ז.: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי המועמדים לביטוח

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

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

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

לידיעתך:

1. התשובות המפורטות בהצהרת הביטוח וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
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 הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי 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 פיננסים 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. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. 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 *

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 ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור 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 המבקש/ים, 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 משהרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

חתימת המועמדים לביטוח

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				חברה
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

לידיעתך, באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים בישראל במסגרת פוליסת פרט בחברה

הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - א. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - ב. בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס.
- האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן לא

2. 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 להליך בירור תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד השלמת 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 יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים 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 לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, 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.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				חברה
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

ב. 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 חיובי 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.hrel.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 פניה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				חברה
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ד	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	סכום הביטוח המרבי עבור השתלת איבר, הוא 4,500,000 ש"ח סכום הביטוח המרבי עבור ניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד הוא 800,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 7,000 ש"ח לתקופה של 24 חודשים (שיפוי בהתאם ליחס הפגיעה בהשתכרות, בהתאם לתנאי הפוליסה).
ה	טיפול תרופתי	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 למבוטח בגין התוויה, ואשר לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושר לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 1,000,000 ש"ח מתחדש מדי 3 שנים.
ו	הוצאות רפואיות מיוחדות	שיפוי בקרות מקרה הביטוח גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים בפוליסה. שיפוי בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך 50,000 ש"ח (100,000 ש"ח במקרה גילוי מחלת הסרטן).
ז	ניתוחים בארץ	כיסוי מלא להוצאות רפואיות הקשורות בניתוחים בישראל. ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי הסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע. עלות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח, והתייעצות אחת נוספת לאחר הניתוח, עם המנתח אשר מבצע את הניתוח ועם הרופא המרדים. עלות חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר, ו/או רופא מרדים אחר, ועד 1,200 ש"ח להתייעצות.
ח	ניתוחים בחו"ל	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 - 200% מעלות שר"פ הדסה.
ט	פיצוי בגין אשפוז ושירותים רפואיים נוספים לאחר ניתוח המכוסה במסגרת הפוליסה	מתחת לגיל 18 - לפיצוי בגובה 250 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום הרביעי שלאחר היום בו בוצע הניתוח ולתקופה מרבית של 14 ימים. מעל גיל 18 - פיצוי בגובה 250 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום השמיני שלאחר היום בו בוצע הניתוח ולתקופה מרבית של 14 ימים. שירותים רפואיים נוספים: החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום והתעמלות שיקומית.
י	טיפול חליפי לניתוח	טיפול רפואי שאיננו ניתוח, המבוצע כתחליף לניתוח רפואי. כיסוי מלא ועד לתקרת העלות לחברה.
י"א	התייעצות עם רופא מומחה וחוו"ד רפואית בחו"ל	התייעצות המבוטח במהלך תקופת הביטוח עם רופא מומחה אשר הוכר כמומחה ע"י משרד הבריאות בישראל. עד 640 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת.
י"ב	בדיקות אבחוניות	בדיקות רפואיות אבחוניות שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח. עד 10,000 ש"ח לבדיקות אבחוניות, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20% או 150 ש"ח לבדיקה (הגובה מבניהם).
י"ג	הסדר עזרה וסיוע	המבוטח יהיה זכאי לעזרה וסיוע מאת המבטח (ספקי שירות רפואיים והסדרי מימון) כדי לקבל ו/או לממן שירותים רפואיים עבורו ו/או עבור בני משפחתו מקרבה ראשונה
י"ד	יעוץ/טיפול פסיכולוגי או סוציאלי	יעוץ ו/או טיפול שניתנו למבוטח בישראל במהלך תקופת הביטוח, ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או עובד סוציאלי מורשה ו/או פסיכותרפיסט, במהלך תקופת הביטוח. שיפוי בשיעור 60% מעלות הטיפול ועד 210 ש"ח לכל טיפול ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח.
ט"ו	רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה עקב מצב רפואי. שיפוי בשיעור 60% מההוצאה בפועל ועד ל- 120 ש"ח לטיפול או התייעצות אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.
ט"ז	אביזרים רפואיים	רכישת אביזר רפואי (בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה) מתוך רשימת האביזרים הרפואיים המפורטים בפוליסה. שיפוי בשיעור 60% מההוצאה בפועל ועד לתקרה של 4,500 ש"ח לאביזר ו- 400 ש"ח במדרסים, לכל תקופת הביטוח.
י"ז	שמירת אחות ופיצוי באשפוז שלא לצורך ניתוח	אשפוז של מבוטח בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה, במהלך תקופת הביטוח. שמירת אחות: 80% ועד 320 ש"ח לכל יום, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית של 14 ימים.

		פיצוי בגין כל יום אשפוז: מעל גיל 18 - אשפוז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, פיצוי בגובה 250 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז השמיני ולתקופה מרבית של 14 ימים. מתחת לגיל 18 - אשפוז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, פיצוי בגובה 250 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז הרביעי ולתקופה מרבית של 14 ימים.
י"ח	טיפול פיזיותרפיה ושיקום דיבור	טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק, שיפוי בשיעור 60% מעלות כל טיפול ועד 120 ש"ח לכל טיפול (מקסימום 12 טיפולים בכל שנת ביטוח). שיקום דיבור, שיפוי בשיעור 60% מעלות כל טיפול ועד 120 ש"ח לכל טיפול (מקסימום 16 טיפולים בכל שנת ביטוח).
י"ט	מנוי למשדר קרדיולוגי	מצבו הרפואי של המבוטח כמפורט להלן, שאובחן לראשונה במהלך תקופת הביטוח, ובגינו נזקק לשירותי מנוי למשדר קרדיולוגי. שיפוי בשיעור 60% מהסכום ששילם בפועל לנותן השרות, ועד לסכום מרבי בסך 160 ש"ח לחודש (לתקופה מרבית בת 24 חודשים).
כ'	בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות	בין היתר , בדיקות לנשים בהריון, שיפוי 60% מההוצאות שהוצאו בפועל ועד 3,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.
כ"א	כיסוי מיוחד לילדים	הכיסוי כולל פיצוי בגין היעדרות מלימודים, בעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה וטיפול בבעיות התפתחות בילדים.

***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 בפוליסה החתומה בין הצדדים.**

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, 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 - ₪ *

גיל	פרמיה
0 - 21	₪ 29.68
22-40	₪ 56.99
41-45	₪ 71.23
46-50	₪ 83.11
51-55	₪ 94.98
56-60	₪ 118.72
61-65	₪ 142.47
66+	₪ 166.21

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.6.2012. בתום כל שנת ביטוח יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

הצהרת בריאות (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.
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.

חבר/ה	בן/בת זוג		ילד 1 שם:		ילד 2 שם:		ילד 3 שם:		ילד 4 שם:	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
חלק א':										
1	גובה (בס"מ) _____ משקל (בק"ג) _____ האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי/									
2	האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה ב 3 השנים האחרונות? נא פרטי/									
3	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 3 השנים האחרונות או האם ידוע לך על צורך באשפוז? [23]									
4	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/ מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ תרופה זו?									
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:										
1	מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* <input type="checkbox"/> פרקינסון* <input type="checkbox"/> רעד* <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות*?									
3	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]									
4	עיניים וראייה: <input type="checkbox"/> עיוורון <input type="checkbox"/> ניוון רשתית									
5	מערכת לב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> כלי דם [7]									
6	<input type="checkbox"/> סוכרת תלווית אינסולין* עם המלצה לטיפול ב 10 שנים האחרונות									
7	<input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3]									
8	<input type="checkbox"/> כבד [10]									
9	<input type="checkbox"/> כליות [13]									
10	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב 5 השנים האחרונות*									
11	לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> בעיות פרויון <input type="checkbox"/> האם הנך בהריון? מהו משקלך לפני ההריון? _____ <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____									

הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

א הוראה לתשלום	
שם המבוטח בהראל: _____	ת.ז.: _____
<input type="checkbox"/> לביצוע בכל הפוליסות ע"ש המבוטח בהראל, <input type="checkbox"/> לביצוע בפוליסה/ות על שם המבוטח, מס' הפוליסה/ות: _____	
<input type="checkbox"/> לגביה מפוליסה קיימת, מס' פוליסה: _____	

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: _____												
מס' חשבון בנק	סוג חשבון												
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">קוד מסלוקה</th> <th colspan="2">קוד המוסד</th> </tr> <tr> <td>בנק</td> <td>סניף</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td>0 8</td> </tr> </table>	קוד מסלוקה		קוד המוסד		בנק	סניף					6	0 8	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
קוד מסלוקה		קוד המוסד											
בנק	סניף												
		6	0 8										
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - ש.ש. _____ <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____													
לתשומת לבך,													
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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. אג"ו הח"מ: _____													
שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.זהות / ח.פ. _____												
מכתובת: _____													
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 ייעשה 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 המוגע 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 להוציאנו 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 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: _____													

ג הוראות בעל כרטיס האשראי	
כרטיס אשראי מסוג: <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דינרס <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 נייד	טלפון עבודה
מס' הכרטיס	מס' 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 מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן 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 תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.	
תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: _____	