



ינואר 2019

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: [tfasimk@harel-ins.co.il](mailto:tfasimk@harel-ins.co.il) או לפקס 03-7348057

**טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח מחלות קשות קבוצתי לעובדי האוניברסיטה הפתוחה ובני משפחותיהם**

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח מחלות קשות קבוצתי לעובדי האוניברסיטה הפתוחה ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת הזוג) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך. דמי הביטוח החודשיים עבורך (יתרת דמי הביטוח) ועובר בן/בת הזוג בגין רובד הבסיס וההרחבה, ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך.

**בחירת כיסויי רשות:** כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד. במידה ולא נבחרו כיסויי ההרחבה, יתר תנאי הפוליסה לא יפגעו.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**התכנית המבוקשת** (נא לסמן  במקום הרלוונטי):

**בן/בת הזוג**

האם הנך מעוניין/ת לצרף את בני משפחתך לבריאות הקבוצתי, עפ"י תנאי ההסכם?  כן

0.5 יחידה \_\_\_\_\_ 1 יחידה \_\_\_\_\_ 2 יחידות \_\_\_\_\_

**עובד/ת**

האם הנך מעוניין/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי, עפ"י תנאי ההסכם?  כן

0.5 יחידה \_\_\_\_\_ 1 יחידה \_\_\_\_\_ 2 יחידות \_\_\_\_\_

**פרטי המועמדים לביטוח**

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

מין (ז/ג)	עיסוק/מקצוע (לרבות ספורט מקצועני)	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות (כולל ס"ב)	כתובת	
						רחוב	מספר בית
						מיקוד	יישוב
						טלפון בית	טלפון בעבודה
						טלפון נייד	
			שכ"ן (ביטוח משלים) מסוג:	סניף	שם קופת חולים	חבר/ה קופת חולים	פרטים
			שכ"ן (ביטוח משלים) מסוג:	סניף	שם קופת החולים	בן/בת זוג וילדים	נוספים
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 ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)			
@							

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

**לידיעתך:**

1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרישוי בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידעתך 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 האוניברסיטה הפתוחה 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 לביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ולא מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות ליגטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ולא 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

**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, כוללת הצהרת מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- 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 תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלת 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 יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

**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 קבלת 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 משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

**חתימת המועמדים לביטוח**

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

**הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

א. 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 לביטוח 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 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 ליגטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				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 חיוב 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](http://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.

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

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				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								
א'	מחלות קשות (פיצוי)	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה.  <table border="1"> <thead> <tr> <th>סכום ביטוח</th> <th>כמות יחידות</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>76,925 ₪</td> <td>0.5 יחידה</td> </tr> <tr> <td>153,850 ₪</td> <td>1 יחידה</td> </tr> <tr> <td>307,700 ₪</td> <td>2 יחידות</td> </tr> </tbody> </table> <p>מקרה ביטוח ראשון - 100% מסכום הביטוח. מקרה ביטוח שני ובתנאי כי הינו מקבוצה אחרת - 50% מסכום הביטוח. לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון. עם התשלום הנוסף, למקרה ביטוח שני, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח.  גיל כניסה מינימאלי לכיסוי על פי פרק זה הינו - 18 שנה. גיל כניסה מקסימאלי לכיסוי על פי פרק זה הינו - 64 שנה. תום כיסוי - על פי פרק זה עם הגיעו של מבטח לגיל 68.</p>	סכום ביטוח	כמות יחידות	76,925 ₪	0.5 יחידה	153,850 ₪	1 יחידה	307,700 ₪	2 יחידות
סכום ביטוח	כמות יחידות									
76,925 ₪	0.5 יחידה									
153,850 ₪	1 יחידה									
307,700 ₪	2 יחידות									

\*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 - ₪ \***

סוג מבוטח/ת	מחלות קשות 0.5 יחידות	מחלות קשות 1 יחידה	מחלות קשות 2 יחידות	אופן התשלום
עובד/ת חוזר/ת	65.88 ₪	131.76 ₪	263.56 ₪	מרוכז ע"י מעסיק
בן/בת זוג	65.88 ₪	131.76 ₪	263.56 ₪	מרוכז ע"י מעסיק
מבוטחים בחל"ת (חופשה ללא תשלום)	65.88 ₪	131.76 ₪	263.56 ₪	אמצעי גבייה אישי

\*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.11.2016.

**הצהרת בריאות**

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. מספרו 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.

עמית/ה		בן/בת זוג		
		כן	לא	
<b>חלק א':</b>				
1				גובה (בס"מ) - מגיל 6 ומעלה משקל (בק"ג) - מגיל 6 ומעלה
2				האם הנך מעשן/ת או עישנת ב 3 השנים האחרונות? כמה סיגריות מעשן/עישנת ביום [26] _____
3				<input type="radio"/> האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (מעל ל-2 כוסות ביום)?
4				<b>מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:</b> האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, <b>שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית:</b> צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?
<b>חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:</b>				
1				<b>מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח:</b> <input type="radio"/> מערכת העצבים* <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> טרשת נפוצה* <input type="radio"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* <input type="radio"/> פרקינסון* <input type="radio"/> רעד* <input type="radio"/> תסמונת דאון* <input type="radio"/> גושה* <input type="radio"/> גידולים במוח* <b>במידה והתשובה לאחת או יותר מהבעיות חיובית, יש לצרף מכתב עדכני מהרופא הנוירולוג המטפל</b>
2				עיניים וראייה [1] (יש לצייין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
3				ליקוי שמיעה
4				<b>מערכת לב וכלי דם:</b> <input type="radio"/> לב [4] <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*
5				<b>מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 10 השנים האחרונות:</b> <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] <input type="radio"/> סוכרת [12] (לרבות סוכרת הריון) <input type="radio"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6]
6				<b>מערכת הנשימה:</b> <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה [3] <input type="radio"/> סיטיק פיברוזיס*
7				<b>אורטופדיה ומערכת השלד:</b> <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> [20] <input type="radio"/> רידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> שברים [18]
8				<b>מחלות של מערכת החיסון:</b> <input type="radio"/> איידס ו/או נשאות HIV* <input type="radio"/> זאבת (לופוס)*
9				<b>מערכת השתן:</b> <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> בלוטת הערמונית(פרוסטטה) [14]
10				גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*
11				האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע עבור בעיה רפואית עליה לא נשאלת בהצהרה זו ? נא פרטי/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת/ת תרופה זו?