

מספר ההצעה	שם הסוכן
התאריך המבוקש להתחלת הביטוח	מספר הסוכן
0 1	שם המפקח

לתשומת לבך! תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.

הצעה לביטוח רפואי וסיעודי

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.



א פרטי המועמדים לביטוח

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מס' ב
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					מבוטח ראשי/ המצהיר
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					בן/בת זוג
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילדים 1
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					2
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					3
מספר טלפון ניד		מספר הטלפון	מיקוד	מספר בית יישוב	רחוב
שם רופא מטפל		שם רופא מטפל	שם רופא מטפל	שם רופא מטפל	שם רופא מטפל
שם רופא מטפל		שם רופא מטפל	שם רופא מטפל	שם רופא מטפל	שם רופא מטפל
e-mail		כתובת הדואר האלקטרוני			
אני/אנחנו מסכים/ים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח הודעה בכתב, תהיה לחברה או למי יאטעמה האפשרות להעביר אלי/לנו את ההודעות בדואר אלקטרוני לכתובת ה-e-mail האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי/לנו כי ייתכן וישלח אלי/לנו חומר הנוגע לעניינינו הפרטיים כמגוון בחוק הגנת הפרטיות ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר תהיה עלי/לנו בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי/נו.					הסכמה לקבלת הודעות בדואר אלקטרוני

ב תכניות הביטוח המבוקשות (סמן ב-√)

התכנית הבסיסית:	Basic Platinum	Upgrade Platinum	Preferred Platinum	Preferred Platinum	Preferred Platinum
התכנית הבסיסית:	Basic	More	Upgrade	Extra	Preferred
הכיסוי הסיעודי יכלול נוסף על סכום הפיצוי המבוקש גם כתב שירות ייעודי לסיעוד					
תכנית הסיעוד:	המבוטח	הפרמיה	סכום הגמלה בש"ח	תקופת הפיצוי	הערות
<input type="radio"/> Golden Care * יש לרשום להלן פרטי המוטב/מוטבים.	מבוטח ראשי	קבועה <input type="radio"/> משתנה <input type="radio"/>	לוחדש לוחדש לוחדש	<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	על כל מבוטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח סיעודי.
	בן/בת זוג	קבועה <input type="radio"/> משתנה <input type="radio"/>		<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	
	ילדים מעל גיל 3	קבועה <input type="radio"/> משתנה <input type="radio"/>		<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	
<input type="radio"/> Golden Care משלים (לביטוח הסיעוד בקופת החולים) * יש לרשום להלן פרטי המוטב/מוטבים.	מבוטח ראשי	קבועה <input checked="" type="radio"/>	לוחדש לוחדש	תקופת פיצוי - המתנה בשנים <input type="radio"/> 3 שנים <input type="radio"/> 5 שנים	על כל מבוטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח סיעודי. מובהר בזאת שרק מי שבדיו פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת פיצוי של 5 שנים או יותר, יוכל לרכוש תכנית עם תקופת המתנה של 5 שנים.
	בן/בת זוג	קבועה <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	
<input type="radio"/> Golden Care הוני * יש לרשום להלן פרטי המוטב/מוטבים.	מבוטח ראשי	קבועה <input checked="" type="radio"/>	לוחדש לוחדש	סכום פיצוי חד-פעמי עד גיל 65 - מ-1,000 ש"ח עד 150,000 ש"ח, מעל גיל 65 - עד 100,000 ש"ח.	על כל מבוטח מעל גיל 65, אם רכש תגמול סיעודי של 75,000 ש"ח ויותר, לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח סיעודי.
	בן/בת זוג	קבועה <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	
<input type="radio"/> Golden Care יתרון 65 (פיצוי חודשי פיצוי חד-פעמי) * יש לרשום להלן את בן/בת הזוג ו/או הילדים המוטב.	מבוטח ראשי	קבועה <input checked="" type="radio"/>	לוחדש לוחדש	<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	הצהרה - לתכנית יתרון 65 אני מצהיר בזאת כי ביום חתימתי על טופס ההצעה אין לי ילדים חוקיים. אני מצהיר בזאת כי על אף שיש לי ילדים חוקיים אינני קובע אף אחד מהם להיות מוטב על-פי תכנית זו.
	בן/בת זוג	קבועה <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> כל החיים <input type="radio"/> 36 חוד' <input type="radio"/> 60 חוד'	
מוטבים הרטבה היא ללד' המבוטח - רתשמים ממין בלבד, וזאת לכיסוי רק במקרה שהמבוטח נפטר לאחר גיל 65. סמן ב-√ את ההטבה המועדפת עלך לילדים המוטבים: <input type="radio"/> ביטוח סיעודי לילדים <input type="radio"/> פיצוי חד-פעמי לילדים					

סכום הביטוח בש"ח	סוגי מבוטחים			נספחים מבוקשים	סוגי מבוטחים			נספחים מבוקשים
	ראשי	בן/בת זוג	ילדים		ראשי	בן/בת זוג	ילדים	
				<input type="radio"/> שירותים רפואיים ייחודיים (כולל לחיות בריא וממי שח"ל) <input type="radio"/> שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב <input type="radio"/> שחרור הדדי <input type="radio"/> Life-On-Key - המפתח למידע הרפואי האישי שלך <input type="radio"/> ניתוחות + 7 <input type="radio"/> מענקית <input type="radio"/> נכות מתאונה <input type="radio"/> מוות מתאונה	<input type="radio"/> רפואה מתקדמת <input type="radio"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים <input type="radio"/> שירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade <input type="radio"/> ניתוחים פרטיים בחו"ל <input type="radio"/> רפואה משלימה <input type="radio"/> פעילות ספורט <input type="radio"/> מרחיב קידס <input type="radio"/> ביטוח לתרופות מיוחדות (נספח לביטוח סיעוד/מענקית)			
מספר מנות מבוקש (1-3) _____								
1	1	1	1	<input type="radio"/> מבוטח ראשי <input type="radio"/> בן/בת זוג	<input type="radio"/> ארד <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> חבילות <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> כסף <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> חבילות <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
1	1	1	1	<input type="radio"/> מבוטח ראשי <input type="radio"/> בן/בת זוג	<input type="radio"/> ארד <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> חבילות <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> כסף <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> חבילות <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2





1. למבקשים להצטרף לתכנית "Upgrade":

(א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עליי לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/נו חבר/ים ("שב"ז": "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי.

(ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ז בו אני/נו חבר/ים.

(ג) ידוע לי כי דמי הביטוח בגין תוכנית Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ז).

2. למבקשים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):

(א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/נו מבטח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", "לאומית סיעודית", ולי

ביטוח סיעודי מסוג _____ מתאריך _____

של קופת החולים _____ בה אני/נו מבטח/ים.

(ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבטח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים). בה אין זמנות לתגמול סיעודי על-פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתומים מטה מבקשים בה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהירים, מסכים/ים ומתחייבים בה כ:

(א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
(ב) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

(ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שלומה במלואה.

(ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אתה/ם מבטח/ים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות/תוספות שייקבעו בדף הרשמה שיצורף לפוליסה.

(ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.

חתימת המצהיר

(ו) ילד המבטח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבטח במסגרת הכיסויים על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח יותאמו למעמדו כבוגר.

4. ידוע לי/נו כי:

(א) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה. ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.

(ב) לביטוח הרפואי תקופת אכשרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכשרה של 365 ימים.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו, החתומים מטה, נותנים בה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, 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 לביורר הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקשים על מצב בריאותי/נו ו/או 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 עובדי/נו ובאי-כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

6. הצהרת הגנת הפרטיות

אני/אנו מצהירים בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/נו ובהסכמתי/נו המלאה. ידוע לי/נו שמטרת מסירת המידע היא טיפול בכל העניינים הנלווים הנובעים והקשורים בפוליסת הביטוח שיש לי בהראל חברה לביטוח בע"מ ובקבוצת הראל, למטרות עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. אני/אנו מסכים/ים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל צד שעסקו בכך שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

7. הרחבות ושדרוגים

כדי להימנע מתקופות אכשרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי על-פי המבוקש בהצעה זו, א/נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את ההרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.

8. הליך הצטרפות

ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך ביורר תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הביורר והפקת פוליסה בעבורם, ובהתאם למועדים שייקבעו בה. אינני מעוניין באפשרות פיצול זו

במקרה שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על-ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל-כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבטוחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני/נו מאשר/ים את ההצהרות האמורות לעיל.

חתימת המועמדים לביטוח/ המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם מבטח/המצהיר	מספר זהות	חתימה
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18

ה החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?

האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידים שבתוקף:

(א) עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? לא לא כן

(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? לא לא כן

אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

ה הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים)

אני מאשר כי הבהרתי למועמדי/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותם/ם מבטח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים. כמורכב מסברתי למועמדי/ים לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden Care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיה/ו זכאי/ים לתגמול סיעודי על-פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמדי/ים לביטוח, שנמסרו לי אישית על-ידי/דם, ולמיטב הבנתי למועמדי/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)

למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------