

מאי 2023

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות אונגר פישר סוכנות לביטוח, דוא"ל: sl@ungerfisher.com או לפקס 03-6367538

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי שופרסל ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי שופרסל ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים עד גיל 29 כולל) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

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

- עובדים חדשים המצטרפים לרובד המורחב לאחר 90 ימים, מיום תחילת ההסכם או מיום תחילת עבודתם, המאוחר מביניהם.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת ההסכם או מיום תחילת עבודתו של העובד, המאוחר מביניהם.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עובד חדש.

לידיעתך:

דמי הביטוח החודשיים עבור רובד הבסיס ישולמו על ידי המעסיק כולל שווי מס.
דמי הביטוח החודשיים עבור רובד ההרחבה ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך.
דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך.

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

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

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

מקום עבודה (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי): ☐ שופרסל ☐ בי דראגסטור ☐ גדרון

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: ☐ כן ☐ לא

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. פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. לאחר הצירוף ל ביטוח- 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.									
עובד/ת	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין			
עובד/ת						זכר ☐ נקבה ☐			
בן/בת זוג						זכר ☐ נקבה ☐			
ילד עד גיל 29	1					זכר ☐ נקבה ☐			
	2					זכר ☐ נקבה ☐			
	3					זכר ☐ נקבה ☐			
ילד בוגר מעל גיל 30						זכר ☐ נקבה ☐			
ילד בוגר מעל גיל 30						זכר ☐ נקבה ☐			
עובד/ת	עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג				
בן/בת זוג									
ילדים									
כתובת מגורים*	מבטח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18				
	רחוב		רחוב		כתובת זהה למבטח ראשי ☐		כתובת זהה למבטח ראשי ☐		
	מספר בית	מספר בית	רחוב		רחוב		מספר בית		
	יישוב	יישוב	מיקוד		מיקוד		מיקוד		
	מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*				
	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

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן						
תאור	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד הבסיס, עפ"י תנאי הפוליסה?						
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה?						
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את רובד ההרחבה (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה?						

*שב"ן- "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד/ת באותו רובד ביטוחי, למעט מקרה בו העובד נדחה מהביטוח.

ג. הצהרת הבריאות (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, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.											
על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבוצות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.											
עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:						
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

חלק א': שאלות כלליות

1	מגיל 10	גובה (בס"מ)										
	בלבד	משקל (בק"ג)										
	האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה ○ירידה של _____ ק"ג. מה הסיבה? ○ דיאטה ○ אחרת											
2	<u>מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:</u> האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות 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)											
3	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטל/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/ מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטל/ת תרופה זו?											
4	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 5 השנים האחרונות? [23] נא פרטי/											
5	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]											

חלק ב' - האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:

1	מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: ○ מערכת העצבים* ○ אירוע מוחי* ○ אפילפסיה [22] ○ טרשת נפוצה* ○ הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי*										
2	מערכת לב וכלי דם: ○ לב [4] ○ כלי דם [7] ○ מחלת דם*										
3	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: ○ לחץ דם [5] ○ שומנים בדם [6] ○ סוכרת [12]										
4	מערכת הנשימה: ○ ריאות ודרכי הנשימה [3] ○ אסטמה [3]										
5	מערכת העיכול: ○ קיבה [9] ○ מעיים [9] ○ ושת [9] ○ כבד [10]										
6	מערכת השתן: ○ כליות [13] ○ דרכי השתן [13]										
7	אורתופדיה ומערכת השלד: ○ גב ועמוד השדרה [21] ○ ברכיים ○ מפרקים [18][19] ○ ירידה בצפיפות העצם [17] ○ שברים [18]										
8	בלוטת המגן (בלוטת התריס) [11]										
9	עניים וראייה [1] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)										
10	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*										
11	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [25]										
12	לנשים (מגיל 14 בלבד): ○ שדיים [15] ○ מערכת גניקולוגית [15] ○ בעיות פרייון ○ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____										

ספורט מקצועני (שאלה עבור מבטחים בגירים מעל גיל 18 - נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי):

עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1 שם:	ילד 2 שם:	ילד 3 שם:	ילד בוגר שם:	חובה למענה - בריכות כסיו לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל					
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
האם הנך עוסק/ת בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? נא פרטי/:											

ד. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- פרטיות** - הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לטווח הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
- פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיור ישר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
- תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שהנך 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 *.
- למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
 - לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן" כללית מושלם/פלטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
 - הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים וזאת בתנאי שנותני השירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם נותני שירות בהסדר, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון").
 - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי" מהשקל הראשון "תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
- שירות צבאי**: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שגילו לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).
- למעשנים בלבד**: לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתביחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו.

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- 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 וקבלה 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 המידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יותר ממועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- משקל אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח**

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך לפוליסה.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

4. שליחת דבר פרסומת

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

באפשרותך לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS> ; unsubscribe@harel-ins.co.il ; במספר 2735 * ;

קוד QR :



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שנתינה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים וא/ו למוסדותיה הרפואיים וא/ו לצ"ל, וכן לכל הרופאים וא/ו פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל וא/ו למשרד הביטחון וא/ו לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, וא/ו לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה וא/ו לצורך הליך בחינת קבלת/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 וא/ו שאני/נו חולה/ים בה כעת וא/ו 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 וא/ו למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ו. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח וא/ו הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 01.06.2020 ועד ליום 31.05.2025.

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

רובד בסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
א'	השתלות בחו"ל וטיפול רפואיים מיוחדים בחו"ל	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,140,000 ₪. למעט, במקרה של השתלת לב מלאכותי עד תקרה של 1,035,000 ₪. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 5,175 ₪ לחודש לתקופה של 24 חודשים (למעט השתלת קרנית וא/ו השתלה עצמית). טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 776,100 ₪.
ב'	תרופות שאינן בסל הבריאות	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 המבוטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 2,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח עבור תרופות לפי סעיף 2.1 בפרק. עד 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח עבור תקופות לפי סעיפים 2.2 - 2.3 בפרק.

רובד הרחבה

ג'	שירותים אמבולטוריים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר , התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,245 ₪ להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 15% ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות : עד 5,175 ₪ לבדיקות אבחנתיות, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 15%.
ד'	ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח 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 - עד 200% מתקרת ההוצאות שהיו משולמות על ידי המבטח, אם היה הניתוח מבוצע בישראל ע"י נותני שירות שבהסכם עם המבטח, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על ידי המבוטח. פרק זה כולל: שכר מנתח, עלויות חדר ניתוח וצוות מנתח, אשפוז עד 30 יום, טיפולי פיזיותרפיה במהלך האשפוז, תרופות במהלך האשפוז בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז, שתל עד תקרת כיסוי בגובה 51,750 ₪, הטסה רפואית, הטסת גופה, הוצאות שהייה, הוצאות טיסה, הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל, ופיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח.
ה'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר.

ו'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) פרק זה יחול במקום פרק ה', אך ורק על מבטח אשר בחר להיות מבטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים	הכיסוי הביטוחי מקנה שיפוי מלא (החזר עלות), לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה: א. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח בגין ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל ספק שירות שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שההתייעצות נערכה לגביו. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישלול זכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף. ה. תשלומים בסעיפים ב' ו-ג' לעיל יבוצעו לנותני השירות שבהסדר כאמור. שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".
ז'	כתב שירות - "רופא מלווה אישי"	הכיסוי כולל: קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, לפני ובעת טיפול רפואי והחלמה ממצב רפואי, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 380 ₪

*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. באפשרותך לפנות להראל או לסוכן הביטוח ולקבל פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

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 החדשיים ב - ₪ *

רובד בסיס	
סוג מבטח	פרקים א' - ב'
עובד/ת	19.62
בן/ת זוג	7.78
ילד עד גיל 29 (כולל)	3.34
ילד בגיל 30 ומעלה	7.78

ילד שלישי (עד גיל 30) ואילך - חינם

רובד מורחב		
קבוצת גיל	פרקים ג'-ד', ו'	פרקים ג' - ה' כיסוי משלים שב"ן לניתוחים
ילד עד גיל 25	13.35	12.35
0-20	13.35	12.35
21-40	45.60	43.60
41-60	64.50	62.50
+61	68.95	66.95

* דמי הביטוח לילדים ישתנו בהתאם לגילם עפ"י הטבלה מעלה.

למבטחים בגילאים 26-29 תינתן הנחה בשיעור 37%
למבטחים בגילאי 41-44 תינתן הנחה בשיעור של 29%
למבטחים (שאינם ילדים) בגילאי 21-25 תינתן הנחה בשיעור של 70%
ההנחות הנקובות ייבחנו לאחר שנתיים וניתנות לשינוי בכפוף לסעיף התאמת דמי הביטוח בפוליסה.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.05.2020.
לאחר 24 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.