



דצמבר 2022

**טופס הצעה לצורך הצטרפות ו/או שינוי מסלול ביטוחי לתכנית ביטוח
שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם**

מועד אחרון להצטרפות 31/3/2023

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד.
הנך מתבקש להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי, ככל שלא תעשה כן, זכאותך לתגמולים על פי תנאי הפוליסה עלולה להיפגע.

א. פרטי המועמדים לביטוח

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתירתו תחשב כהסכמת הקטין.
במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.
חשוב לדעת: 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.

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/נ)	המסלול הנבחר (יש להקיף בעיגול)
עובד/ת וגמלאי/ת*						הכיסוי לעובד הינו פרוטטי.
בן/בת זוג						הכיסוי לילד עד גיל 23 שנים הינו משמר מורחב כולל יישור שיניים.
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 23 שנים						
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 23 שנים						
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 23 שנים						
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 23 שנים						
ילד/ה מעל גיל 23 שנים ועד גיל 30 שנים						
ילד/ה מעל גיל 23 שנים ועד גיל 30 שנים						
כתובת מגורים*	מבוסס ראשי (עובד/ת, גמלאי/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
רחוב	מספר בית	<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוסס ראשי		<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוסס ראשי		
		רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	
יישוב	מיקוד	יישוב		יישוב		
		מיקוד	מיקוד	מיקוד	מיקוד	
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		
מצב משפחתי א / נ / ג / א		תאריך תחילת עבודה ____ / ____ / ____				
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		עובד/ת, גמלאי/ת @				
		בן/בת זוג @				
		ילד בוגר (מעל גיל 18) @				

* חובה מגיל 18

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 משרד הביטחון (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין משרד הביטחון (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- מבקש לשנות מסלול ביטוחי לבן משפחה מבטוח לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין משרד הביטחון (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

ג. דמי הביטוח

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

סוג המבטוח	מסלול ביטוחי	דמי הביטוח החודשיים	דמי הביטוח החודשיים לאחר סבסוד המעסיק
עובדים/ גמלאים	פרותטי	115.00 ₪	50.00 ₪
בני זוג	פרותטי	115.00 ₪	105.00 ₪
ילדים מעל גיל 23 שנה	פרותטי	98.82 ₪	98.82 ₪
בני זוג וילדים מעל גיל 23 שנה	משמר	39.71 ₪	39.71 ₪
ילד מגיל 5 עד גיל 23 שנה	משמר מורחב	51.06 ₪	41.06 ₪
ילד שלישי ואילך חינם	כולל יישור שיניים		
ילד עד גיל 5 חינם			

דמי הביטוח החודשיים עבור העובדים ובני המשפחה ינוכו משכר העובד/ הגמלאי.

- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והם נכונים ליום 1.1.2023, על פי מדד חודש נובמבר שפורסם ביום 15.12.2022.

ד. תנאים כלליים:

נושא	פירוט
משך תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.1.2023 ועד ליום 31.12.2027.
מועדי גבייה	בתשלום דרך השכר - בהתאם להסדר שנקבע מול המעסיק.
ביטול הביטוח	מבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 1-2 להלן: 1. מבטוח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן: א. המבטוח 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 מבטוח או אצל מבטוח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה. 2. גובה ההחזר 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 המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו: "סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטוח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח. "סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.
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.	

ה. תמצית ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם - הרשימה הינה רשימה חלקית מתוך רשימת הטיפולים המכוסים בפוליסה. רשימת הטיפולים המלאה מופיעה בתנאי הפוליסה

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים. הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.1.2023 (על פי מדד חודש נובמבר אשר פורסם ב - 15.12.2022) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.

מחירון לטיפולים משמרים - הכיסוי ניתן במסלולי ביטוח: משמר, משמר מורחב ופרותטי				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	תקרת החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא שניים שאינו בהסכם*	
D0120000	הערכה מקיפה של הפה מטופל חדש/מוכר	אחת בשנת ביטוח. במקרה שקיים צורך רפואי מנומק, או במעבר לרופא אחר תאושר בדיקה נוספת בהמלצת היועץ הרפואי.	120	
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	אחת לשן בתקופת ביטוח	300	
D7210000	עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה**	אחת לשן בתקופת ביטוח	600	
D3310000	טיפול שורש-שן קדמית, לא כולל שחזור סופי**	אחד לשן בתקופת ביטוח. בכפוף לקריטריונים המפורטים בנספח הטיפולים. מותנה בהגשת צילום של לפני טיפול ובסימומו.	700	
D3320000	טיפול שורש-שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי**		700	
D3330000	טיפול שורש-שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי**		760	
D3339000	טיפול שורש-4 תעלות, לא כולל שחזור סופי**		1050	
D3346000	חידוש טיפול שורש-שן קדמית**		1050	
D3347000	חידוש טיפול שורש-שן מלתעה**		1050	
D3348000	חידוש טיפול שורש-שן טוחנת**		1150	
	טיפול על ידי מומחה לטיפול שורש		תוספת 50% על טיפול/חידוש טיפול שורש אם בוצע ע"י מומחה לטיפול שורש בכפוף לקריטריונים המפורטים בנספח הטיפולים המכוסים אחד לשן בשנת ביטוח	החזר + 50%
D2140000	שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע		אחת לשן בשנת ביטוח	220
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D9110000	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים	שלושה טיפולים בשנת ביטוח עבור טיפול בתנאי שלא יידרש החזר להמשך טיפול נוסף.	250	
D9110000	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים*	תביעה פרטית בלבד בלילה, ערב חג, שבת, טיפול בתנאי שלא יידרש החזר נוסף עבור טיפול המשך כלשהו בשן שטופלה - שני טיפולים בשנת ביטוח.	500	

* **פניה לרופא שיניים שאינו בהסכם** - ההחזר בגבול התשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר האמורה לעיל, הנמוך ביניהם (ההחזר המרבי הינו עפ"י מועד גמר ביצוע הטיפול בפועל ולא עפ"י מועד הגשתו).
** טיפול שיניים אצל רופא שיניים מומחה לטיפול שורש או כירורג פה ולסת, יאושר לביצוע מראש ע"י המבטח, המבוטח יהיה זכאי להחזר כספי בתוספת של עד 50% לטיפול.

מחירון לטיפולים פריודונטליים (חניכיים) - הכיסוי ניתן במסלולי ביטוח: משמר, משמר מורחב ופרותטי			
<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. 			
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	תקרת החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם*
D0180000	בדיקה ראשונית/תקופתית לפני/לאחר ניתוח, כולל מיפוי מלא	אחת לשלוש שנים	200
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30	רבע פה . ארבע ישיבות בשלוש שנים לא יותר משישה אחת ליום טיפולים מקסימום 2 ישיבות לתקופת הביטוח. מותנה בהגשת צ'רט פריודונטלי	300
D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם - 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין	ניתוח אחד לכל רבע פה, אחת לשלוש שנים	2,332
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה		
* מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - ההחזר בגבול התשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר האמורה לעיל, הנמוך מביניהם (ההחזר המרבי הינו עפ"י מועד גמר ביצוע הטיפול ולא עפ"י מועד הגשתו).			

מחירון לטיפול שיקום הפה (פרוטיים) - כולל החלפת שחזורים- הכיסוי ניתן במסלול ביטוח פרוטי				
<ul style="list-style-type: none"> מבוטח מעל גיל 23 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה. כל טיפול פרוטי יינתן בהתייעצות מוקדמת מראש לפני ביצוע טיפול עם חברת הביטוח, ובהתאם לאמור בתנאים הכלליים ובנספח הטיפולים. 				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	תקרת החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם *
D2950000	מבנה מיידית בתוספת לכתר	אחד לשן בתקופת ביטוח	160	480
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	אחד לשן בתקופת ביטוח	195	585
D2751000	כתר חרסיה מאוחה למתכת בסיס	אחד לשן בתקופת הביטוח כולל השחזה, כתר זמני, הדבקה והתאמות סגר נדרשות בביצוע תותבת-על. בעקירת שן/שיניים קדמיות שמספרן 1-3 או עקירה של מעל 2 שיניים סמוכות, ישולם בנוסף כתר/גשר זמני עד לסך של 120 ש"ל לכתר. הכיסוי הינו לכתר יצוק, חרסיה על גבי בסיס מתכת, חרסיה ללא בסיס מתכת וזרקוניה. החזר עבור שיקום באמצעות כתרים במרפאה פרטית לא יעלה על תקרת החזר הקבועה לגבי כתר חרסיה המאוחה למתכת. אם בוצע שיקום באמצעות כתר חרסיה ללא בסיס מתכתי או מזרקוניה או דומה לאלו באזור אחורי, במרפאת הסדר, והמבוטח נדרש לשלם תוספת תשלום, יישא המבוטח ביתרת התשלום על פי דרישת הרופא. סכום ההפרש ישולם ישירות לרופא המטפל.	500	1,500
D5110000	תותבת שלמה-לסת עליונה	אחת ללסת בתקופת ביטוח	908	2,725
D5120000	תותבת שלמה-לסת תחתונה			
*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר בגבול 75% מהתשלום בפועל לפי קבלות, אך לא יותר מסכום תקרת החזר הנקוב לצד כל טיפול, לפי הנמוך ביניהם. (החזר המרבי הינו עפ"י מועד גמר ביצוע הטיפול ולא עפ"י מועד הגשתו).				

מחירון לשתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים- הכיסוי ניתן במסלול ביטוח פרוטי				
<ul style="list-style-type: none"> מבוטח/ת מעל גיל 23 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה. כל טיפולי השתלות שיניים יינתנו בהתייעצות מוקדמת מראש לפני ביצוע טיפול עם חברת הביטוח ובהתאם לאמור בתנאים הכלליים ובנספח הטיפולים. שתלים שאושרו על ידי המבטח 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 "מורשה" בהסכם עם המבטח. 				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	תקרת החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם *
D6010000	החזרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	עד 5 שתלים ללסת בתקופת הביטוח בהתאם למפורט בנספח השתלים. זכאות להשאלת שתל אחד בין ללסת. למעט מצב של חסר שיניים מוחלט בלסת.	667	2,200
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	אחד לכל שתל	195	585
*מבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר בגבול 75% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת החזר שלעיל, הנמוך מבניהם (החזר המרבי הינו עפ"י מועד גמר ביצוע הטיפול בפועל ולא עפ"י מועד הגשתו).				

מחירון לטיפול יישור שיניים (אורתודונטיה)- הכיסוי ניתן במסלול ביטוח משמר מורחב				
<ul style="list-style-type: none"> מבוטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 23 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי יישור שיניים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה. טיפול יישור שיניים שאושרו על ידי המבטח 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 "מורשה" בהסכם עם המבטח. 				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	תקרת החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם *
D8090000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	טיפול אחד בתקופת ביטוח	700	3500
D8090001	יישור שיניים מלא שתי ללסתות מבוגר		1733	5,200
* בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר בגבול 75% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת החזר שלעיל, הנמוך מבניהם (החזר המרבי הינו עפ"י מועד גמר ביצוע הטיפול בפועל ולא עפ"י מועד הגשתו).				

1. מידע למועמד לביטוח

1. התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
3. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם ובפוליסה בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין משרד הביטחון ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
4. בחודש העוקב לחודש בו תחדל להיות מועסק על ידי המעסיק, יבטל ביטוח זה עבורך ועבור בני משפחתך.
5. 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 *.
6. 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 עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
7. 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 *).
8. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

2. הצהרת והתחייבות המועמדים לביטוח

1. אני החתום מטה (מבוטח ראשי) מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ 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 למשרד הביטחון הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרי/ בהוראת קבע/ מכרטיס אשראי, 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 משרד הביטחון לבין הראל.

2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- | כן | לא |
|----|----|
| | |
- האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח 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 והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, 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.

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 לביורו ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתנו 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 תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עובדינו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.

4. ממשק 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 צירוףך לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז אתר 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.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך