

ינואר 2022

לבירורם ופרטיהם נוספים ניתן לפקות בטל: 03-5757030 (טלפון 1) או נייד 052-8714618.

טופס הצעה לביטוח רפואיקבוצתי לארגון עובדי מזרחי טפחות
ובני משפחותיהם

הנוי מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח הבリアות הקבוצתי לארגון עובדי מזרחי טפחות /או לצרף את בני משפחתי
(ב/בת זוג וילדים), עפ"י התנאים המופיעים בפוליסות.

- עובדים קיימים ובוי משפחותיהם שאינם מובהחים להצטרף לאחר 90 ימים, מיום תחילת הפוליטה.
 - עובדים חדשים המצטרפים לאחר 90 ימים, מיום תחילת עובודתם.
 - בני משפחה של עובד חדש המצטרפים לאחר 90 ימים, מיום תחילת עובודתו של העובד.
 - בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצוורפים לבתו לאחר 90 ימים, מיום ה가입תם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עובד חדש.

ליידיעתך

דמי הביטוח החדשניים עבורך ישולמו על ידו באמצעות ניכוי משכרך.

דמי הביטוח החודשיים עברו בני משפטהך ישולם באמצעות ניכוי משכרך.

עיר להשיב תושבה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעshaן יכול ותהייה לך השפעה על תשלים תגמול הביטוח.

אני סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח:		<input type="checkbox"/> כן	<input checked="" type="checkbox"/> לא
שם העובד/ת	ת.ז.	חתימה	תאריך
		תאריך תחילת עבודה	

ואז כתו האם ברוחם מולא ראמצות טוגן בירוחם.

א. פרטי המועמדים לביטוח
 מילוי הצעה זו עברו ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפטורופוס המושمر לחותם עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטני.
 במידה ורכשת כסותים ממשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד- פרטי הקשר שמרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך החטרופוט לביטוח זה בלבד.
 במידה ורכשת כסותים נוספים, עבורך ואו עבור בני משפחתך, באמצעותו גביה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם לשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.
 חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכל המוצרים שלך בהראל, ישלו אליך באמצעות דיבטלילום, אם ישנים, לפי פרטי קשר המעודכנים אצלנו בזאת. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצלפות בפרטיו הקשר המעודכנים אצלנו או לעדכיהם באפשרות לעשות זאת. בכל עת, באזורי האישី באתר החברה www.harel-group.co.il.

מ"ן	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידיה	מספר זהות	ס"ב
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					עובד/ת
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					בן/בת זוג
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					ילך עד גיל 30 1
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					2
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					3
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					ילך בוגר מעל גיל 30
בני משפחה נוספים					
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					ילך בוגר מעל גיל 30
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					בן/בת זוג
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					נכד עד גיל 30 1
<input type="radio"/> זכר <input checked="" type="radio"/> נקבה					2

שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים	עיסוק	
			עובד/ת
			ב/בת זוג
			ילדים
ילדיים מעל גיל 18	בן/בת זוג	מabitot Rashi (עובד/ת)	כתובת מגורים*
רחוב מס' בית	רחוב מס' בית	רחוב מס' בית	רחוב מס' בית
מייקוד יישוב	מייקוד יישוב	מייקוד יישוב	מייקוד יישוב
מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*
מספר טלפון בית	מספר טלפון בית	מספר טלפון בית	מספר טלפון בית
עובד/ת @	עובד/ת @	עובד/ת @	כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים
בן/בת זוג @			
ילד בוגר (מעל גיל 18) @			

* חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסתן <input checked="" type="checkbox"/> במקום רולוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מציאו הזכאות שב"ן							
תיאור		עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד בוגר
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הpolloise?							
האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מציאו הזכאות שב"ן*), עפ"י תנאי הpolloise?							

* שב"ן - "כלליות מושלים/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי שלוי", "מאוחדת עדיף/שייא" ו"לאומית זהב".

דמי הביטוח החודשיים ב - נ *

עובד/ת	בן/בת זוג	ילד עד גיל 30	ילד עד גיל 30 ומעלה	ב/ת זוג גמלאי	ב/ת זוג של גמלאי
מסלול ניתוחים מלא מהשקל הראשון					
77.00	106.00	35.00	106.00	151.00	
77.00	106.00	35.00	106.00	151.00	
77.00	106.00	35.00	106.00	151.00	
24.00					
108.00					

(*) ילד מוגדר עד גיל 30

* דמי הביטוח יהיו צמודים לממד המחרירים לצרכן שפורסמו ביום 15.12.2021.
לאחר 30 חודשים יערוך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בpolloise ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

ג. הזררת הבリアות (למילוי במרקם המצוינים בעמוד 1 בלבד)

הזררת הבリアות שללהן, תחול לחוד: על כל אחד מהබאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שללהן בסימן ✓ בטור התשובה המתאימה ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטיהם רפואיים, שמספרו מופיע בסוגרים מרובעים [] לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כ) במידה וש סימן כוכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעדודה עדכנית מהרופא המתפל בהתייחס לביעיה המוצחרת, תוצאות בדיקות, ואף הטיפול והמצב העדכני.

ילד בוגר שם:	ילד 3 שם:	ילד 2 שם:	ילד 1 שם:	בן/בת זוג	עובד/ת	לא כן	לא כד	לא כד	לא כד
-----------------	--------------	--------------	--------------	-----------	--------	-------	-------	-------	-------

חלק א': שאלות כלליות

1	מגיל 6 בלבד	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)
		האם חלו שינויים משמעותיים במהלך השנה האחרונות או הנך נמצא כיום במצב של הבדיקה המאפשר/ אין האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וורם נקבעה אבחנה סופית: צנורור ייפוי, אקן לב, CT, MRI, אלומוסטאונד (שלא חלק ממוקב הרין שגרת) ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופי, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המתפל לסייע בלביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)
2		האם הופנית במהלך השנה האחרונות או הנך נמצא כיום במצב של הבדיקה המאפשר/ אין האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וורם נקבעה אבחנה סופית: צנורור ייפוי, אקן לב, CT, MRI, אלומוסטאונד (שלא חלק ממוקב הרין שגרת) ביופסיה, דם סמי, קולונוסקופי, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המתפל לסייע בלביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)
3		האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטל/ת או חומלץ לר' לטול תרופות באופן קבוע? אף רט/ מה הבעיה בגיןה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטל/ת תרופה זו?
4		האם עברת ניתוח או עישן לר' לטבר ניתוח - 5 השנים האחרונות? נא פרט!
5		האם אושפזת מעל 3-5 ימים ב 5 השנים האחרונות? [23]
חלק ב' - האם אבחן אצלך מחלת, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:		
1		מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: האם מערכת העצבים* O או רעוע מוחי* O אפילפסיה [22] O טרשת נפוצה* O הפרעה/ עיכוב התפתחותי ביןו הומלץ לר' על מuckle/טיפול רפואי רפואי*
2		מערכת לב וכלי דם: O לב [4] O לי דם [7] O מחלה דם*
3		מחילות קרניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: O לחץ דם [5] O שמנים בدم [6] O סוכרת [12]
4		מערכת הנשימה: O ריאות ודרכי הנשימה [3] O אוטמה [3]
5		מערכת עיכול: O קיבה [9] O מעיים [9] O ושת [9] OCBD [10]
6		מערכת השתן: O כלות [13] O דרכי השתן [13]
7		אורותופדייה ומערכת השלד: Oגב ועמוד השדרה [21] O ברכיים O מפרקים [18][19] [20] O ירידת בzapיפות העצם [17] O שברים [18]
8		בלוטת המגן (בלוטת התפריס) [11]
9		עיינום ראייה [1] (וש ל眩ון מושקפים רק אם מספר העדשות מעל 7)
10		גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)*
11		מחלת נש פש שאותה ע"י פיסיולוג, פסיאטור או רופא משפחה? [25]
12		לשימים (מגיל 14 בלבד): O שדים [15] O מערכת גיניקולוגית [15] O בעיות פרון O האם עברת לידה בניתוח קויסרי? אם כן מתי?

ספרט מקצועני (שאלה עברו מבוטחים בגירים מעל גיל 18 - נא לסתמן ✓ במקום הרגלוונטי):

חויה לمعנה - ברכישת כסוי לנתחום ומחלפי ניטה בישראל	ילד 3 שם:	ילד 2 שם:	ילד 1 שם:	בן/בת זוג	עובד/ת	לא כן	לא כד	לא כד	לא כד
נא פרט/:									

ד. קידע למועדן לביטוח

1. התשבותות המופיעות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברת ון התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי להזזה הביטוח בין/יבינכם לבין החברה והוא חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.

3. ליזכר חזה הביטוח וכנסו לתוקף עבור כל אחד מן המועדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.

4. תנאי הביטוח הינם כאמור חלק מהמידע המתקבש במסמך זה, המידע הרשמי לצורך האטרופטור לפוליסות ולטיפול בנסיבות הקשורות בהן. המידע אמור בו.

5. אף שאין כחוה ווקטת למסור חלק מהמידע המתקבש במסמך זה הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתנות שלה) וצדדים שלישים הפעילים עבורו ישר וועוד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתנות שלה) וצדדים שלישים הפעילים עבורו ואו מטעם תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסת ולמטרות לגיטמיות אחרות, לרבות חשבים אקטואריים. פרטיהם נוספים ניתן למצוא במידיניות הפרטיות שבחarter החברה.

6. עברו מועדים שנדרשים למלא הצהרת בריאות לצורך הצעת ביטוח - ככל שהein אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שווין זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998 – קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכילתית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפוקתו באופן מוחותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אני עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלנו, שפטוטי מופיעים בתחילת הצעה זו או למועד השירותים * 2735

7. למלבושים להציג לכיסוי לנוחותם וטיפולים מחייבי ניתוח בישראל, משלימים שב":

א. לצורך מימוש הכספי בגין ניתוח היה עלי"ם לפנות לкопת החולים למימוש זכויות/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב":; "כללית מושלים/פלטינום", "מכבי מנג'זב", "לאומיות זבב", "לאומיות עדף/שיא") וכן לפנות למבטה למימוש זכויות/ם.

ב. הכספי מכסה את הח�אות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחייבי ניתוח בישראל משלימים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים וזאת בתנאי שננתני השירותים בהתאם עמדתם. כמובן, הכספי מכסה ביחס משלים, אשר על פי ישולמו תגמול ביטוח בגין ניתוח המcosaה במוסכמה בפועל עם נתוני שירות בהסדר, שהם על פי מעבר להשתתפות השב"ן. המבטה ששלט את הפרט שבחן הח�אות בפועל של ניתוח המcosaה על פי הפועליסה לבון הח�אות המגוונות המשב"ן לנתני שירות בהסדר וזה עד תקירה הקבועה בפועל.

ג. לדידערך, דמי הביטוח בגין כיסוי לנוחותם וטיפולים מחייבי ניתוח בישראל משלימים שב"ן נוכחים מדי הביטוח בביטחון לכיסוי מלא לנוחותים (ללא תלות בנסיבות המוקנות בשב"ן). (תקנית בעלייה כיסוי בטוחו "מהשקל הראשון").

ד. בעת סיום בריאות/ם/בוגרנית השב"ן תהיה/תהייニアם לפנות למבטה ובקש לעbor לכיסוי ביטוח" מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעה קופת חולמים על ביטול תוכנית השב"ן או ממועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

8. **שירות צבא:** יבהיר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפועל ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להזרות הצבא שישתנו מעת לעת.

9. דמי הביטוח בפועל יקבעו לפחות על המבטו במועד האטרופטורו לביטוח ושנתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לගלו של המבטו.

10. גל המבטו לפחות חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטו כאשרו כל בראשון לחודש ים ההולדת (לדוגמא: מבוטה שיגוע ליום 40 ב-1.1.2019, יראו את ה- 40.1.2019).

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- ב민ידה וחילק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיותם, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר יינתן לקברלם לביטוח. זאת, מוביל להמתין להשלמתם של הליכי החיותם שייתר המועמדים לביטוח (אך לפחות אם הרכך מתעוני).

לידיעות - האמור לעיל אפשרי בפוליסות המשולמות באמצעות אישיש בלבד ולא בפוליסות המשולמות על ידי בעל הפוליסה.

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסום

- | | |
|---|---|
| <p>ב. רגינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתתקבל מעת החיבור או מעת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (כל שנת הסכמה להעברת פרטיך אליו), הצעות שיווקיות ודבריו פרסום על מוציאר ושירותי החברה ואו חברות בקבוצת הראל ואו שותפה העסקים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיבור אוטומטי או הדעת מסך קצר (SMS).</p> <p>אם אין לך אפשרות לקבל הצעות שיווקיות ודבריו פרסום באמצעות אימייל, באפשרות להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אוי קבלת פרסום והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטראקט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות אג' בריאות קופלקטיבים: אבא הלל 3, רמת גן 5211802, ת.ד.</p> | <p>א. האם מוסכמים, מעבר למתוחיב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף הקשור, המצוין או שייהי מצוין בידיו חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בע"מ וחברות בתוות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל ואו מי מטענן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוציאר ושירותי החברה בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון אחר הטוווח והפנסים) ושותפה העסקים ובשיוקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להבא לידעו במידע על מוציאר ושרותיהם, וכן לשימושם גנולוים לשימושים הפטולים לעיל ונדרשים לשם השלמהם, ולמטרה לגטניותויות קשותות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדיים שלישיים הפעלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.</p> |
|---|---|

4. היליך בקשרים

- 4. גזירות ועקבותן פגיעה**
 אין לנו החתום/ים מטהנו נונט/ים בה רשות לקופת חולים / או למוסדות רפואיים / או לצה"ל, וכן לכל הרופאים / ואו פסיקאים אחרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל"ל / או למשרד הבריאות ביטוח, לרבות החברה, / או לכל מוסד וגורות אחר, ככל שהדבר דרש ליבור יישוב תביעות על פי הפלישה / או לצורך הליך בחלוקת כספים לרשות המבוקש (להלן: "המבקש") כל מידע המציג בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובזכורה שתידרש על ידי המבקש על מנת לבצע בראיות/נו על כל محلלה שחלתית/נו בה בעבר / ואו שאנו/נו חוליה/ים בה כתעת / ואו שאאליה/הנוללה בה בעתדי ואינו/נו משחרריים אתכם מוחות שטירה על סודיות רפואות ומוחותרים על סודיות זו כלimoto המבוקש ולא תהיה לך/נו אליכם / ואו לבקשת כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לניל. כתוב יותר זה מהי/ין, את עזבוני/נו ובאי כוח/נו והחוקים וכל מי שישבו במקומינו. כתוב יותר זה יכול גם על ליל/ן הקטינום.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	mboutchראשי
				בן/בת הזוג
				ילד מעיל גיל 18
				ילד מעיל גיל 18
				ילד מעיל גיל 18
				ילד מעיל גיל 18

באהרת הפסוק ליבור ארבי החועמד והצעת ריבוח תואם לארכו (פעמי חובה לחתיימת הפסוק):

הצהרת הסוכן לעמיה בהראות חזור המפקח על הביתוח לעניין ציורי לביטוח: אמי מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרופות זה עמדתי בכל הראות חזור המפקח על הביתוח לעניין ציורי לביטוח, ובפרט בירורתי את ארכי המועמד/^{ים}, הצעתו ביטוח ו/או הוספת כסוי, הרחבה או כתוב שירותי לפוליטיסת בטוחה קיימת התואם/^{ים} לצרכיו/^ם, ומושרטי לו/^ם את כל הקידוד מהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

עליקרי הכספיים בפוליסה(*)

פרק	שם אישי השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	כספיים וכוכם ביטוח עיקרי השתלה
א'		הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נוטני שירות שבsecsם - כסוי מלא (לא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נוטני שירות שאיןם בהsecsם - עד תקרת שיפוי בגיןה 350,000 ש". גמלה לאחר ביצוע השתלה עד סך של 7,500 ש"ל לתקופה של עד 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נוטני שירות שבsecsם - כסוי מלא. (לא תקרה) טיפול מיוחד בחו"ל אצל נוטני שירות שאיןםsecsם - עד תקרת שיפוי בגיןה 1,000,000 ש"ל.
ב'	תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות	כספיי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי בריאות או שאין מכסות בסל הבריאות, בין התוויה ועל פי סוג התרופות ממורט בתנאי הפלישה ובין היתר - תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאין מכסות בסל מבוסות בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המטופח על פי תנאי הפלישה. עד 500,000 ש"ל מתחדש לאחר 30 שנים.
ג'	ניתוחם וטיפולים מחלפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בארץ	המטופח היה זכאי לכיסוי בגין המקרים הבאים: א. 3 התביעויות בכל שנה בגין ניתוח או טיפול מחלפי ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ל להתייעצויות אצל רופא שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחלפי ניתוח שההתביעציות נערכה לבגבי. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית, כולל כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחלפי ניתוח - עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישולן זכאות ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המטופח לטיפול נוספת. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' יוצאים לנוטני השירות שבsecsם ניתוח בלבד ולא ישולם למטרת החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנוטני שירות שבsecsם.
ד'	ניתוחם וטיפולים מחלפי ניתוח בישראל משלים שב"	הכספיי הביטוח מנקה שיפוי מלא (החרז עליות), לאחר מסוי זכאות בש"ב, בגין הוצאות רפואיות הקשורות במקרים אלה: א. 3 התביעויות בכל שנה בגין ניתוח או טיפול מחלפי ניתוח ועד לסך של 1,500 ש"ל להתייעצויות אצל ספק שירות שלא בהסדר, גם אם בסופו של דבר לא בוצע ניתוח או טיפול מחלפי ניתוח שההתביעציות נערכה לבגבי. ב. שכר מנתח. ג. ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית, כולל כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו. ד. טיפול מחלפי ניתוח - זאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. מבלי שישולן זכאות ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המטופח לטיפול נוספת. התשלומים בסעיפים ב' ו-ג' יוצאים לנוטני השירות שבsecsם ניתוח בלבד ולא ישולם למטרת החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנוטני שירות שבsecsם שב"ז - "כלליות מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי של", "מאוחדת עדיף/שייא" ול"אומית זהב".
ה'	ניתוחם פרטיהם וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל	השתתפות במיון הוצאות רפואיות בגין ניתוחים בבית חולים רפואי מחוץ לגבולות המדינה. בכופר לאישור מראש של המבטיח, וכלך שההתקשרות עם נוטני השירות הרפואי ותואם הניתוח ועשוי לשירות ע"י החברה - כסוי מלא. לא תאום עם חברת הביטוח - עד 200% מעלות ניתוח או הטיפול המוחלף בישראל, או עד 300,000 ש"ל לכל היotta. פרק זה כולל כסוי להוצאות שכר מנתח, תרופות במהלך הטיפול והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, הטסה רפואיות, הוצאות שההיא וכסוי להוצאות הפטסת גופה.
ה'	פיתוח מושרב לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר, התביעות עם רופא מומחה : עד 1,250 ש"ח להתייעצויות בהשתתפות עצמית בגין 20% ועד 3 התביעויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנותיות: עד 6,000 ש"ל לבדיקות אבחנותיות ועד 15,000 ש"ל למטרת לכל שנת ביטוח בכופר להשתתפות עצמית בסך 20%.

*הטבלאות מציגות את עיקרי הכספיים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכספי המלאים וסכום הביטוח המלאים מפורטים בגיליון הנתונים בחוברת תנאי הפליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החותמה בין הצדדים.
באפשרות לפנות להראל או לסקון הביטוח ולקבב פירוט אודות כל סכומי הביטוח.

לידיעך, הפוליסה כוללת החרוגות לכיסוי הביטוח, החרוגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטם מהותיים אלו /או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלוויים לה , בຄולטור לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפליסה.

