



^dt5000

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי
לעובדי עיריית נתניה ובני משפחותיהם

מועד אחרון להצטרפות 15/3/2021

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

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: כן לא**א. פרטי המועמדים לביטוח**

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
עובד/ת*					
בן/בת זוג					
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה בוגר מעל גיל 21 שנים					
ילד/ה בוגר מעל גיל 21 שנים					
כתובת העובד/ת	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב	
	מיקוד	מס' עובד	מצב משפחתי ר / ג / א	תאריך תחילת עבודה ____ / ____ / ____	טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני- עובד/ת (מבוטח ראשי)					
@					

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 עיריית נתניה (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 עיריית נתניה (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

ג. דמי הביטוח

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

כיסוי ביטוחי	עובד/ת*	בן/בת זוג, ילד/ה בוגר מעל גיל 21 שנים	עבור כל הילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה
ביטוח משולב	₪ 33.24	₪ 66.48	
ביטוח משמר מורחב לילד/ה כולל טיפול יישור שיניים			₪ 79.96

* דמי הביטוח המצוינים עבור העובד/ת הינם לאחר השתתפות המעסיק. דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ינוכו משכרך.

תנאי לצירוף בני משפחה לביטוח הינו צירוף העתק ספח תעודת זהות לטופס ההצטרפות חתום על ידי העובד המבוטח.

- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והם נכונים ליום 1.8.2020, על פי מדד חודש יוני 2020 שפורסם ביום 15.7.2020.

על מנת שנוכל לטפל במהירות בתביעות שיוגשו להראל לתשלום, אנא ציין את פרטי חשבון הבנק שלך וזאת לצורך ההחזר הכספי לו תהא זכאי.

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

יש לצרף צילום המחאה (מבוטלת) לצורך אישור נתוני פרטי הבנק.

ד. תנאים כלליים:

פירוט	נושא
5 שנים, החל מיום 1.11.2020 ועד ליום 31.10.2025.	משך תקופת הביטוח
בתשלום דרך השכר- בהתאם להסדר שנקבע מול המעסיק.	מועדי גבייה
<p>מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 2-1 להלן:</p> <p>1. מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:</p> <p>א. המבוטח 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 מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.</p> <p>ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.</p> <p>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 המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנתרו עד תום התקופה הקובעת.</p> <p>לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו:</p> <p>"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שיקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.</p> <p>"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח 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.</p>	ביטול הביטוח
<p>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.</p>	

ה. תמצית ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים.

הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.8.2020 (על פי מדד חודש יוני 2020 אשר פורסם ב- 15.7.2020) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.

מחירון לטיפולים משמרים			
קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	בדיקה אחת לשנת ביטוח.	89.83
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר	למבוטח מעל גיל 12 שנים יאושרו 2 הסרות אבנית לשנת ביטוח.	149.54
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף	למבוטח מתחת לגיל 12 שנים תאושר ישיבה אחת לשנת ביטוח.	149.54
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח עקירה למטרת טיפול ישור שיניים. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	153.14
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הזורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח לרבות הוצאת שתל**	450.00
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	מכוסה טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח **	362.52
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה 1 - 362.52
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה 2 - 500.08
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		636.50
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		701.35
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית		362.52
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		תעלה 1 - 362.52
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		תעלה 2 - 500.08
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		636.50
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		701.35
D2140000	שחזור אמלגם משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לשן בשנה.	177.07
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 - טיפול בכאב שיניים	פעמיים בשנת ביטוח.	100.00
		עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבת. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.	348.92

* בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שנקוב לעיל, הנמוך מבניהם.

** תוספת של 50% לטיפול מאושר לביצוע על ידי מומחה.

מחירון לטיפול וניתוחי חניכיים				
<ul style="list-style-type: none"> מבטח מעל גיל 21 שנים 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	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0180000	הערכה פריודונטית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	בדיקה אחת בתקופת ביטוח.	155.00	38.49
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לשיבה, 30 דקות	ארבע ישיבות בתקופת ביטוח, לא ביום.	181.86	61.34
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה	אחד מהניתוחים המצוינים לכל אחד מרבעי הפה בתקופת הביטוח. הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית/עצם מן החי / אמדוגן / ממברנה וכדומה.	1171.31	412.56
*מבטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית ולאחר ניכוי השתתפות עצמית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שנקוב לעיל, הנמוך מבניהם.				

מחירון לטיפול שיקום הפה				
<ul style="list-style-type: none"> מבטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי שיקום הפה בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה. טיפול לשיקום הפה יבוצע לאחר קבלת אישור החברה מראש ולאחר השלמת הטיפול המשמר. 				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם או לחילופין	מבנה ישיר אחד לשן בתקופת ביטוח, לרבות החלפה.	253.65	174.23
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח, לרבות החלפה.	520.00	199.39
D2751000	כתר חרסיה מאוחה למתכת לא אצילה	כתר אחד לשן בתקופת ביטוח, לרבות החלפה.	1000.00	448.62
D5110000	תותבת שלמה עליונה	תותבת שלמה אחת לכל לסת לתקופת ביטוח, לרבות החלפה.	1292.15	868.39
D5120000	תותבת שלמה תחתונה			
*מבטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית ולאחר ניכוי השתתפות עצמית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שנקוב לעיל, הנמוך מבניהם.				

מחירון לשתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים				
<ul style="list-style-type: none"> מבטח/ת מעל גיל 21 יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה. שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה לטיפול וניתוחי חניכיים (פריודונט) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא "מורשה" בהסכם עם המבטח. 				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	שמונה שתלים לכל הפה בתקופת ביטוח, לרבות החלפה.	1000.00	1200.00
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לכל שתל מכוסה.	520.00	200.00
D6060000	כתר חרסיה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	כתר אחד לכל שתל מכוסה.	1000.00	450.00
מבטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית ולאחר ניכוי השתתפות עצמית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שנקוב לעיל, הנמוך מבניהם.				

מחירון לטיפול יישור שיניים (אורתודונטיה)				
<ul style="list-style-type: none"> מבטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 18 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	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר	טיפול אחד בתקופת ביטוח לילד עד גיל 18 שנים.	2741.55	1894.16
מבטח הפונה לרופא שיניים אורתודונט מומחה שאינו בהסכם - החזר המבטח למבטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית ולאחר ניכוי השתתפות עצמית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שנקוב לעיל, הנמוך מבניהם.				

ו. מידע למועמד לביטוח

1. התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו 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 **עיריית נתניה** ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
4. בחודש העוקב לחודש בו תחדל להיות מועסק על ידי המעסיק, יוטל ביטוח זה עבור בני משפחתך.
5. 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 פיננסים 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.
6. 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*).
7. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
8. 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 של יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ז. הצהרת והתחייבות המועמדים לביטוח






1. אני החתום מטה (מבוטח ראשי) מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**המבוטח/החברה/הראל**") לבטח אותי/נו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש.
(א) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
(ב) **בחתומי זו (מבוטח ראשי), הריני נותן לעיריית נתניה הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרי, 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 עיריית נתניה לבין הראל.**

2. קבלת דבר פרסומת

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 פרסומת של החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העיסוקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג 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 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.

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 לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת/ינו לביטוח המבוקש** למסור להראל (להלן: "**המבקש**") כל מידע המצוי בידכם 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 תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבו/נו ובאי כוחי/נו 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 שנה				
ילד מעל גיל 18 שנה				
ילד מעל גיל 18 שנה				
ילד מעל גיל 18 שנה				