

אוקטובר 2025

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlqtiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי נמל אשדוד ובני משפחותיהם

בתוקף למצטרפים עד ה- 28.2.2026

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

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- עובדים המצטרפים לאחר 120 יום, מיום תחילת עבודתם או לאחר 120 יום מיום תחילת הביטוח.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 120 יום, מיום תחילת עבודתו של העובד או מיום תחילת הביטוח.
- בן/בת זוג חדשים (כתוצאה מנישואין) המצטרפים לביטוח לאחר 120 יום, מיום הצטרפותם למשפחה.
- תינוק חדש (כתוצאה מלידה/אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 180 יום, מיום הלידה או האימוץ או ההגעה לארץ.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים לעובד/ת בגין רובד הבסיס ורובד הבסיס המורחב, ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכר העובד/ת.

דמי הביטוח לעובד/ת בגין רובד ההרחבה, ישולמו באמצעות ניכוי מהשכר של העובד/ת.
דמי הביטוח החודשיים עבור בני המשפחה ישולמו על ידי העובד/ת באמצעות ניכוי מהשכר של העובד/ת.

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
------------	------	-------------------	-------	-------

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			
						זכר ☐ נקבה ☐			
בן/בת זוג						זכר ☐ נקבה ☐			
ילד עד גיל 25	1					זכר ☐ נקבה ☐			
2						זכר ☐ נקבה ☐			
3						זכר ☐ נקבה ☐			
ילד בוגר מעל גיל 25						זכר ☐ נקבה ☐			
בני משפחה נוספים									
ילד בוגר מעל גיל 25						זכר ☐ נקבה ☐			
בן/בת זוג						זכר ☐ נקבה ☐			
נכד עד גיל 25	1					זכר ☐ נקבה ☐			
2						זכר ☐ נקבה ☐			
עובד/ת	עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג				
בן/בת זוג									
ילדים									

ילדים מעל גיל 18		בן/בת זוג		מבוטח ראשי (עובד/ת)		כתובת מגורים*
☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		מספר בית	רחוב	
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב			
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		
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 לסמן ☒ במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן						
ילד בוגר	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	עובד/ת	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד הבסיס, עפ"י תנאי הפוליסה?
					כלול ברובד הבסיס	האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד הבסיס המורחב, עפ"י תנאי הפוליסה? (בתקופת חלון הזדמנויות בלבד ובכפוף להצטרפות לרובד הבסיס)
						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/פולטינום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

ג. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהיו 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 לסעיפיו 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 לסוכן 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 ישיר 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).
- עבור מועמדים שנדרשים למלא הצהרת בריאות לצורך ההצטרפות לביטוח - 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 * למבקשים/למבקשות להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
- א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן(שירותי בריאות נוספים בקופות החולים - כללית מושלם/פלטיון, מכבי מגן זהב, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא). כלומר, חברת הביטוח תישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברת ביטוח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן, נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוח 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח - בעת סיום החברות בתכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאים לפנות לחברת הביטוח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
9. **שירות צבאי**: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
10. 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: יראה את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראה את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).
11. **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.

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתום/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהירים/ים 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 המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- 3. 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 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 רשאת לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה 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 כך מהסתמך בכל עת.

5. 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, למלא ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי/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 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 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				

ה. 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 למצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזרי המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח ועריכת תכנית לביטוח בריאות, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש וכן קיבלתי הסכמתו/תם לרכישת הפוליסה.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תקופת הביטוח

5 שנים, החל מיום 1.11.2025 ועד ליום 31.10.2030.

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

רובד בסיס

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
א'	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל	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 5,000,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 7,500 ש"ח לתקופה של 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם הסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 1,000,000 ש"ח. טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא (ללא תקרה).
ב'	תרופות מחוץ לסל 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 3,000,000 ש"ח מתחדש מדי שנתיים.
ג'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל	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 - 250% מעלות הניתוח בארץ. שכר מנתח, אשפוז עד 40 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 60,000 ש"ח למקרה ביטוח. פרק זה כולל כיסוי להוצאות הטסה רפואית, הוצאות שהייה, כיסוי להוצאות הטסת גופה והוצאות העברת יבשתית.
ד'	כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות	התייעצות עם רופא מומחה: עד 1,168 ש"ח להתייעצות בהשתתפות עצמית בגובה 20% ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח אחת. בדיקות רפואיות אבחנתיות: עד 9,345 ש"ח לשנת ביטוח לבדיקות אבחנתיות (עד 5,840 ש"ח לבדיקה), בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%. שיפוי בגין מחלה קשה - החזר של עד 11,680 ₪ בגין הוצאות רפואיות עבור גילוי מחלה קשה שהוצאו במשך 24 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

רובד בסיס מורחב

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
ה'	השתתפות בהוצאות טיפול שניניים	כיסוי עבור טיפול שניניים משמר וטיפולים בשיקום הפה ושתלים.

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכום ביטוח עיקרי
ו'	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 1500 ש"ח 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 יזדקק 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.
ז'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן	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 1500 ש"ח 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 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 כאמור. שב"ן - "כללית מושלם/פלטיון", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדין/שיא" ו"לאומית זהב".
ח'	בדיקות וכיסויים נוספים	שירותים רפואיים שונים אשר קבלתם בדרך כלל אינה מצריכה אשפוז. בין היתר, טיפולים אונקולוגיים - עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח. בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות - עד 35,000 ₪ למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
ט'	כתב שירות - רפואה משלימה	קבלת טיפולי רפואה משלימה ע"י ספקי הסדר של חברת טרגט קר. עד 12 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 70 ₪ בגין טיפול בבית המבוטח או 55 ₪ בגין טיפול במרפאת הסדר.

*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 החודשיים ב - ₪ *

רובד בסיס

מבוטח	רובד בסיס (פרקים א'-ד')	רובד בסיס מורחב (פרק ה')	אופן ההצטרפות והתשלום
עובד/ת	105.55 ₪		- הפרמיה לעובד לשני הרבדים תמומן ע"י המעסיק למעט שווי מס. - הצטרפות עובד, מחייבת הצטרפות לשני הרבדים (לא ניתן להצטרף רק לאחד מהם) וכפופה למילוי טופס הצטרפות.
בן זוג / ילד מעל גיל 25 / חתן כלה/ נכד מעל גיל 25	82.16 ₪	48.00 ₪	הצטרפות כרוכה במילוי טופס הצטרפות והתשלום ינוכה מתלוש השכר של העובד
ילד עד גיל 25/ נכד עד גיל 25	17.02 ₪	25.00 ₪ *	ניתן להצטרף לרובד בסיס בלבד או לבסיס + בסיס מורחב (לא ניתן להצטרף רק לרובד בסיס מורחב) ילדים / נכדים יכולים להצטרף לרובד זה: בשני חלונות זמן בלבד: בגיל לידה ועד 120 ימים מיום הלידה. במקרה כזה, לא תיגבה פרמיה עד גיל 3** בגיל 5 ועד 120 ימים מגיל 5

רובד הרחבה

מבוטח לפי גיל	רובד הרחבה (פרקים ו', ז' ו- ח')		אופן ההצטרפות והתשלום
	מסלול ניתוחים שקל ראשון	מסלול ניתוחים שב"ן	
ילד/נכד עד 25, בוגר עד 20	51.64 ₪	49.29 ₪	• הצטרפות כרוכה במילוי טופס הצטרפות והתשלום ינוכה מתלוש השכר של העובד
21-40	109.15 ₪	105.63 ₪	
41-50	129.10 ₪	124.41 ₪	
51-60	170.18 ₪	161.97 ₪	
6 ומעלה	269.95 ₪	246.47 ₪	

* ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת (לכל הרבדים) בכפוף לכך שבפוליסה יש לפחות הורה אחד (עובד או בן זוג) ושני ילדים (מתחת לגיל 25). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 25 ואילך.

הפרמיה בגין כיסוי "כתב שירות רפואה משלימה" מתוך כלל הפרמיה הינה 7 ₪ לילד ו-12 ₪ לבוגר.

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.10.2025.
בתום 30 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.