

למשלוח הטופס לאגף הבריאות: il.polisotbs@harel-ins.co או בפקס: 03-7348178.  
\*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס.  
עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

שם הסוכן	מספר הסוכן	שם המפקח	מספר ההצעה	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח
				0   1

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.

## א פרטי המועמדים לביטוח

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב	
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						מבוטח ראשי
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						בן זוג
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						ילדים 1
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						2
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						3
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						4
שם רופא מטפל		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם קופת חולים		עיסוק
						מבוטח ראשי
						בן/בת זוג
מס' טלפון נייד		מס' טלפון		יישוב	מספר	רחוב
כתובת מגורים של המבוטח הראשי						
כתובת דואר אלקטרוני לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך רלוונטי אחר במסגרת הפוליסה בהראל						
E-mail						
יחס קרבה	תאריך לידה	מספר זהות		שם פרטי	שם משפחה	
יחס קרבה	תאריך לידה	מספר זהות		שם פרטי	שם משפחה	

טל: 03-7348178 | פקס: 03-7348178 | דואר: 7000379 | תאריך: 10/2014 | מס' תעודת זהות: 4900/7455

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	מבוטח ראשי	תוכנית הבריאות
						Basic Platinum
						Basic Premium
						Upgrade Platinum החדש
						Upgrade Premium החדש
						Upgrade Platinum פלוס
						Upgrade Premium פלוס
						Preferred Platinum
						Preferred Premium
						Preferred Platinum בריאים ומרוויחים
						Upgrade Platinum בריאים ומרוויחים החדש
						More Platinum בריאים ומרוויחים
סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	סכום הגמלה בש"ח בחודש	תוכניות הסיעוד (ביטוח סיעודי - על כל מבוטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח)
						<b>Golden Care תקופת פיצוי 36 חודשים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה
						<b>Golden Care תקופת פיצוי 60 חודשים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה
						<b>Golden Care תקופת פיצוי 100 חודשים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה
						<b>Golden Care תקופת פיצוי כל החיים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה
						<b>Golden Care משלים תקופת המתנה 3 שנים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה * מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 6
						<b>Golden Care משלים תקופת המתנה 5 שנים</b> פרמיה: <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> קבועה * מותנה במילוי טופס הצהרת המבוטח בעמוד 6
						<b>הראל סיעודי לכל</b> - תקופת המתנה 60 ימים תקופת פיצוי בחודשים: <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 100 כל החיים (פרמיה קבועה) * בקרת מקרה ביטוח תינתן גמלה כפולה במקרה של שהות במוסד
<b>נספחים מבוקשים</b>						
						שירותים רפואיים אמבולטוריים
						רפואה מתקדמת
						רפואה משלימה
						הרחבה לפרמייום
						ביטוח לתרופות מיוחדות (נספח לביטוח סיעוד / מענקית)
						נספח ביטוח השתתפות עצמית לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים (לתוכנית More Platinum בריאים ומרוויחים)
						ניתוחית פלוס 7 (ניתוחים קוסמטיים, מענק לידה והוצאות נוספות עקב ניתוח)
						שירותים רפואיים ייחודיים (כולל לחיות בריא וניטור לב)
						שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב
						שחרור מתשלום פרמיה
						מרחיב קידס
						פעילות ספורט
						כתב שירות לילדים
						פיצוי יומי למחלת ילד: <input type="checkbox"/> 100 ₪ <input type="checkbox"/> 200 ₪
סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	מענקית זהב (תוכנית זו אינה מחליפה ביטוח סיעודי עם פיצוי חודשי)
						מענקית לסרטן

טלוי תראל

b4900/7455

10/2014

7000379

נספחים מבוקשים						מבטוח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
סכום ביטוח בש"ח						סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח
סיעוד גמיש (סכום הגמלה המקסימאלי במצטבר לא יעלה על סכום הביטוח היסודי שברשותך ועד למקסימום של 20,000 ₪).												
נכות מתאונה												
מוות מתאונה												
מטריה ניתוחית												
פוליסה עצמאית <input type="checkbox"/> נספח <input type="checkbox"/>												
מס' מנות מבוקש						מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	מס' מנות מבוקש	
3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>						3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
סכום פיצוי יומי בש"ח						סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	
פיצוי יומי במקרה של אשפוז (ניתן לרכוש עד 1,000 ₪)												
ימי המתנה: 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>						3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
פיצוי יומי במקרה של אשפוז מתאונה (ניתן לרכוש עד 1,000 ₪)												
ימי המתנה: 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>						3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
הראל אמצע החיים למשפחה						מס' חבילות מבוקש	מס' חבילות מבוקש	מס' חבילות מבוקש	מס' חבילות מבוקש	מס' חבילות מבוקש	מס' חבילות מבוקש	
ארד						2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
כסף						2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
זהב						2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
פליטונים						2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
הרחבות להראל אמצע החיים למשפחה						סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	סכום פיצוי יומי בש"ח	
*פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 133 ₪ - למבוטחים מעל גיל 21).												
ימי המתנה: 30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>						30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	
נספח ביטול החרגת נהיגה ברכב דו-גלגלי ובטרקטורין (למבוטחים מעל גיל 21)												
לאמצע החיים						עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	
						יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	
לנכות תעסוקתית						עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	עד (כולל) 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	
						יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	יותר מ- 250 סמ"ק <input type="checkbox"/>	
נספח לביטול החרגת ספורט אתגרי												
לאמצע החיים												
לנכות תעסוקתית (למבוטחים מעל גיל 21)												
מגן - ביטוח חיים למקרה מוות (למבוטחים מעל גיל 21)						סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	סכום ביטוח בש"ח	
מגן 1 **												
מגן 5												
מגן בטוח												
ברכישת תוכנית מגן חובה למלא את הפרטים הבאים ולחתום:												
עיסוק												
סוג התחביב						מסוק <input type="checkbox"/>	מסוק <input type="checkbox"/>	מסוק <input type="checkbox"/>	מסוק <input type="checkbox"/>	מסוק <input type="checkbox"/>	מסוק <input type="checkbox"/>	
						לא מסוק <input type="checkbox"/>	לא מסוק <input type="checkbox"/>	לא מסוק <input type="checkbox"/>	לא מסוק <input type="checkbox"/>	לא מסוק <input type="checkbox"/>	לא מסוק <input type="checkbox"/>	
פירוט התחביב (אם מסוק פרט במילים)												
חתימת מבטוח ראשי						חתימת בן/בת זוג		חתימת ילד מעל גיל 18		חתימת ילד מעל גיל 18		

\*במקרה והנך עקר/ת בית - בחינת הזכאות בקרות מקרה ביטוח הינה אי יכולת לבצע עבודה כלשהי.  
\*\*בפוליסה עצמאית הכיסוי הביטוחי הינו עד גיל 85 ובריידר הכיסוי הביטוחי הינו עד גיל 75.

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [ ], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-\*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א' - שאלות כלליות						
מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	
						1. גובה בס"מ
						2. משקל בק"ג
						3. האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? אם כן, שינוי של ..... ק"ג. הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר
						4. מעשן/עישנת, כמה זמן? ..... שנים. אם הפסקת, רשום מתי? ..... כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום [26]
						5. <input type="checkbox"/> משתמש או השתמש בתוספת בוסמיים? <input type="checkbox"/> האם שותה/שותית משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)? האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה וטרם נקבעה אבחנה סופית?

**חלק ב' - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה למחלה, תופעה או הפרעה הקשורה ב:**

						1. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> אפילפסיה [22] <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> זאבת <input type="checkbox"/> גושה
						2. <input type="checkbox"/> עיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1] <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון [2]
						3. <input type="checkbox"/> לב [4] <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם [5] <input type="checkbox"/> כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה [3]
						4. <input type="checkbox"/> מערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> כיס המרה [9]
						5. <input type="checkbox"/> סוכרת [12] <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="checkbox"/> מחלת כבד [10] <input type="checkbox"/> מחלת צהבת [10]
						6. <input type="checkbox"/> כליות [13] <input type="checkbox"/> דרכי השתן [13] <input type="checkbox"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]
						7.* <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה, האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך ..... האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> בקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה, בצד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל, האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך ..... האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
						8. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="checkbox"/> מפרקים [18][19] <input type="checkbox"/> עמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> פיברומאלגיה* <input type="checkbox"/> עצמות [18] <input type="checkbox"/> CTS, באיזה יד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס
						9. <input type="checkbox"/> גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> דלקות עור/מחלות עור* <input type="checkbox"/> שינויים בנקודת-חן* <input type="checkbox"/> פסוריאזיס: האם ישנה פגיעה במפרקים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
						10. <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות* <input type="checkbox"/> גידולים אחרים*
						11. <input type="checkbox"/> בעיות פריון <input type="checkbox"/> מחלה תורשתית* <input type="checkbox"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="checkbox"/> FMF [8] <input type="checkbox"/> בלוטת המגן [11] <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> מחלת נפש [25] <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> שיתוק מוחי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז
						12. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח <b>שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> <input type="checkbox"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="checkbox"/> האם עברת תאונה [24]
						13. האם הנך נמצא במעקב רפואי או בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי <b>שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b>
						14.* <b>לנשים (מגיל 14 בלבד):</b> <input type="checkbox"/> שדיים [15] <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית [15] <input type="checkbox"/> את בהריון <input type="checkbox"/> עברת לידה בניוח קיסרי? אם כן, מתי? .....
						15. <b>לילדים (עד גיל 18):</b> <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי <input type="checkbox"/> הפרעות גדילה <input type="checkbox"/> מומים מולדים <input type="checkbox"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך ..... <input type="checkbox"/> נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים.

**חלק ג' - לביטוח "סעודי" "מחלות קשות" ו"הראל אמצע החיים למשפחה" יש לענות גם על השאלות הבאות:**

						1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="checkbox"/> גריאטריות <input type="checkbox"/> ניווניות <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="checkbox"/> דמנציה (אלצהיימר). <b>נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל.</b>
						2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת/הליכה ו/או נעזר באמצעי עזר לביצוע אחת או יותר מפעולות אלה.
						3. <b>למחלות קשות בלבד:</b> האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [72]

\*נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

אני/ו מסכים/ים מראש בחתימתי לתוספת רפואית עד %..... אני/ו מסכים מראש בחתימתי להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי  הריון והלידה הנוכחיים  בקע המוצהר בשאלה 7  טחורים/פיסורה  אחר .....

תאריך: ..... שם המצהיר: ..... חתימת המצהיר: / .....

1. למבקשים להצטרף לאחת מתוכניות upgrade לבעלי שב".  
 (א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עלינו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותינו על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/נו חבר/ים ("שב") ככללית מושלם/פלטנו, "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עד/די/שיא", וכן לפנות למבטח למימוש זכויותינו.  
 (ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אני/נו חבר/ים.  
 (ג) ידוע לי/נו כי דמי הביטוח בגין תכניות upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).
2. אני/אנו החתומים מטה מבקשים/ים בה מראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "החברה") לבטח אותי/אתנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.  
 (א) המידע הכללי במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפותי וטיפולכם בפוליסה. הני נתון את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסה.  
 (ב) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
 (ג) התשובות הפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/בינינו לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 (ד) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח כנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח.  
 (ה) על מנת למנוע את הוצרך בחתימות נוספת שלי לצורך אישור קבלה לביטוח במסגרת פוליסה זו, לרבות בגין כל כיסוי ביטוחי, אשר אבקש להוסיף לפוליסה זו בעתיד, אני מסכים בזאת להחיל תנאי קבלה לביטוח, אשר נקבעו לי בעבר על-ידי הראל במסגרת פוליסות בריאות ו/או סיעוד ו/או תאונות אישיות ואשר אושרו על-ידי, ו/או אשר יקבעו לי בהסכמתי במסגרת פוליסה זו ואשר אושרו על-ידי, ויידרשו על פי שיקול דעתה של הראל לצורך קבלת לביטוח במסגרת פוליסה זו, וכן לשם צירופי לכל כיסוי ביטוחי עתידי שאבקש להוסיף לה, גם על פוליסות וכיסויים אלו ללא צורך בחתימה נוספת שלי.
3. (i) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/אנו חותמים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס, הני מוסמך לחתום על מסמכים אלו עבורם.  
 (ii) ילד המועמד במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 משיך להיות מבוטח במסגרת פוליסה זו על-פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח יותאמו למעמדו כבוגר.  
 ידוע לי/נו כי:  
 (א) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד-2004.  
 (ב) לביטוח הרפואי תקופת אכשרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכשרה של 365 ימים.
4. יתור על סודיות רפואית - אני/נו החתומים מטה נותנים 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 הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש לרבות כל מידע המצוי בידי החברה למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים/ם אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.  
 ידוע לי/נו כי תוספת רפואית ו/או החות, במידה וקיימות תחשבה מהתעריף הבסיסי של המוצר.  
 קבלת שירות ביקור רופא לילי במסגרת כתב שירות שירותים רפואיים ייחודיים מובהר כי ייתכן שיהיו מקומות יישוב בהם לא ניתן יהיה לספק את שירות ביקור הרופא הלילי הכלול בכתב שירות שירותים רפואיים ייחודיים. במקרים אלו, יהיה רשאי המני במידה ופנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, לאחר שנסמר לו על ידי ספק השירות כי נבצר ממנו לספק את השירות למקום מגורי המני, לקבל החזר עד לך של 250 ₪ (בניכוי השתתפות עצמית, כמפורט בנספח) זאת, בכפוף לתנאים המלאים הקבועים בכתב השירות. לחילופין, יהיה רשאי המני לקבל שירות ייעוץ רפואי טלפוני על-ידי רופא מטעם ספק השירות. במידה ואינך מעוניין ברכישת כתב שירות זה, באפשרותך לפנות לחברה בבקשה להסירו.  
 הליך הצטרפות  
 ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח ידוע לי/נו כי במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשך 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.  
 אני/נו מבקשים כי במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח.  
 אני/נו מסכים/ים כי פוליסת הביטוח של תוכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. ידוע לי/נו כי במידה וברצוני/נו לקבל את הפוליסה ישירות אלי/נו, ביכולתי/נו לפנות להראל בטלפון \*הראל (2735\*).
9. לידיעתך, חבילת ביטוח הבריאות שרכשת מוספר כיסויים ביטוחיים וכתבי שירות משלימים נלווים להם. במידה וברצונך לשנות את תחולתה של החבילה, לשם הוספת כיסויים או גרעית כתבי שירות מסוימים, באפשרותך לפנות לחברה, בכל עת, בבקשה מתאימה.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
עד לחתימה (סוכן הביטוח) - תאריך: ..... ת.ז.: ..... שם: ..... חתימה: .....			

### ה הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- (א) אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (ביטוח חיסכון ארוך טווח ופיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- תאריך: ..... שם המבוטח: ..... חתימת המבוטח: .....
- (ב) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל 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 בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
- (ג) אני מסכים כי יישלחו אלי בדואר אלקטרוני דיווחים, מידע וכל מסמך אחר במסגרת הפוליסות הכוללים חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.  
 תאריך: ..... שם המבוטח: ..... חתימת המבוטח: .....

### ו החלפה/שינוי


- האם יש בידיך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי?  לא  כן. אם כן: האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידים שבתוקף:  
 א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת?  לא  כן  
 ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  
 לא  כן, אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.  
 חתימת מבוטח ראשי: ..... חתימת בן הזוג: ..... חתימת ילד מעל 18: .....

### ז הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה): למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.  
 תאריך: ..... שם הסוכן: ..... חתימת הסוכן: .....
2. הצהרת הסוכן להצגת פרמיות וערכי סילוק בסיעוד (סעיף חובה לחתימת הסוכן): אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד שברצונם לרכוש.  
 תאריך: ..... שם הסוכן: ..... חתימת הסוכן: .....

## הצהרה המבוטח לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 3/5 שנים

אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  3  5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.  
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  3  5 שנים.  
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם מבוטח/ת ראשי ..... מס' ת.ז. .... חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  3  5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.  
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  3  5 שנים.  
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם בן/בת זוג ..... מס' ת.ז. .... חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  3  5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.  
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  3  5 שנים.  
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד מעל גיל 18 ..... מס' ת.ז. .... חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  3  5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.  
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  3  5 שנים.  
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד מעל גיל 18 ..... מס' ת.ז. .... חתימת המבוטח/ת 

אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  3  5 שנים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו.  
 כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  3  5 שנים.  
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם ילד מעל גיל 18 ..... מס' ת.ז. .... חתימת המבוטח/ת 

אופן התשלום (סמן ✓ בהתאמה)  חודשי  שנתי  אחר

לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר.....  
 לגבייה בהוראת קבע קיימת מפוליסה מספר..... ובתנאי שהמבוטח הוא המשלם  
 שם המשלם אם אינו המבוטח וזיקתו למבוטח.....  
 כתובתו..... מס' הטלפון.....  
 חתימת המשלם אם אינו המבוטח

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

שם בעל הכרטיס האשראי ת.ז.  ויזה  ישראלכרט  דינרס  אמריקן אקספרס  אחר:  
 מס' כרטיס בתוקף עד

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.  
 תאריך:..... חתימת בעל הכרטיס:

**תשלום בהוראה לחיוב חשבון הבנק**

**פרטי הוראה**  
 לכבוד, בנק:..... סניף:..... כתובת הסניף:.....  
 מס' חשבון בנק סוג חשבון קוד מסלקה קוד המוסד אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)  
 בנק סניף בנק  
 6 0 8

- אני/הח"מ:..... שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' תזהות / ח.פ. מכתובת:.....  
 נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין הפקדה/ות שוטפות/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק **ולראל** חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.  
 ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.  
 ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. א. נא לאשר להראל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

**פרטי הרשאה**  
 לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.  
 תאריך:..... חתימת בעלי החשבון:

**אישור הבנק**

מס' חשבון בנק סוג חשבון קוד מסלקה קוד המוסד אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)  
 בנק סניף בנק  
 6 0 8

לכבוד, **הראל חברה לביטוח בע"מ**  
 רחוב אבא הלל 3 - ת.ז. 1951 רמת-גן 5211802  
 קיבלנו הוראות מ-....., לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.  
 רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.  
**אישור הבנק חתימה וחותמת**  
 בנק:..... סניף:..... תאריך:.....  
 מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק מימנו יימסר למשלם.

10/2014 7000379 b4900/7455 ת.ד. 7000





# טבלת פרמיות לתוכנית - גולדן קר משלים (קבועה ומשולבת)

פרמיה חודשית ל-1,000 ש"ח פיצוי

פרמיה משולבת משלים פרמיה משולבת משלים				פרמיה קבועה (צמודת מדד)				גיל
תקופת הפיצוי - כל החיים (5 שנים המתנה)		תקופת הפיצוי - כל החיים (3 שנים המתנה)		תקופת הפיצוי - כה"ח, 5 שנים המתנה		תקופת הפיצוי - כה"ח, 3 שנים המתנה		
אשה	גבר	אשה	גבר	אשה	גבר	אשה	גבר	
2.28	1.12	2.79	1.41	5.26	3.05	7.52	4.61	3
2.41	1.17	2.96	1.46	5.41	3.12	7.76	4.76	4
2.54	1.22	3.12	1.53	5.60	3.22	8.04	4.92	5
2.67	1.28	3.29	1.61	5.78	3.34	8.32	5.09	6
2.81	1.33	3.45	1.68	6.01	3.44	8.60	5.26	7
2.94	1.39	3.62	1.76	6.22	3.56	8.91	5.43	8
3.07	1.44	3.78	1.84	6.41	3.66	9.23	5.60	9
3.20	1.54	3.95	1.93	6.60	3.78	9.50	5.79	10
3.37	1.62	4.16	2.02	6.78	3.92	9.79	6.02	11
3.53	1.69	4.37	2.12	7.07	4.08	10.18	6.23	12
3.70	1.77	4.58	2.22	7.32	4.19	10.54	6.42	13
3.86	1.85	4.79	2.32	7.57	4.30	10.91	6.63	14
4.06	1.95	5.02	2.44	7.83	4.47	11.31	6.88	15
4.29	2.05	5.30	2.57	8.13	4.64	11.72	7.13	16
4.52	2.15	5.59	2.71	8.42	4.81	12.19	7.40	17
4.75	2.24	5.87	2.84	8.73	4.98	12.64	7.68	18
4.98	2.34	6.16	2.97	9.12	5.17	13.10	7.96	19
5.20	2.49	6.44	3.14	10.03	5.70	14.43	8.78	20
5.50	2.63	6.81	3.32	10.36	5.92	14.93	9.11	21
5.80	2.77	7.18	3.51	10.70	6.08	15.44	9.38	22
6.09	2.92	7.56	3.70	11.04	6.31	15.99	9.74	23
6.39	3.06	7.93	3.88	11.45	6.55	16.63	10.11	24
6.71	3.22	8.31	4.07	11.88	6.79	17.26	10.51	25
7.12	3.42	8.81	4.32	12.33	7.03	17.92	10.92	26
7.52	3.62	9.32	4.58	12.79	7.30	18.59	11.33	27
7.93	3.82	9.82	4.83	13.27	7.62	19.31	11.77	28
8.34	4.02	10.33	5.08	13.82	7.92	20.04	12.21	29
8.73	4.20	10.81	5.31	14.41	8.22	20.81	12.68	30
9.28	4.47	11.51	5.67	14.96	8.54	21.63	13.20	31
9.83	4.73	12.20	6.02	15.53	8.86	22.52	13.76	32
10.38	4.99	12.89	6.37	16.14	9.17	23.46	14.27	33
10.93	5.26	13.59	6.72	16.74	9.45	24.37	14.75	34
11.50	5.56	14.26	7.06	17.41	9.78	25.36	15.29	35
12.27	5.65	15.21	7.55	18.11	10.18	26.40	15.93	36
13.04	5.75	16.17	8.03	18.84	10.62	27.48	16.59	37
13.81	5.85	17.13	8.51	19.61	11.13	28.62	17.30	38
14.58	5.95	18.08	9.00	20.43	11.64	29.83	18.07	39
15.32	6.08	19.03	9.52	21.37	12.19	30.93	18.68	40
16.40	6.95	20.38	10.38	22.30	12.74	32.29	19.53	41
17.48	7.82	21.74	11.25	23.29	13.32	33.75	20.43	42
18.56	8.69	23.09	12.12	24.33	13.95	35.30	21.37	43
19.64	9.56	24.44	12.99	25.44	14.60	36.93	22.41	44
20.71	10.41	25.76	13.87	26.28	15.09	38.17	23.19	45
21.64	11.54	27.76	15.09	27.50	15.97	39.99	24.49	46
22.56	12.67	29.77	16.31	28.74	16.89	41.86	25.83	47
23.49	13.81	31.77	17.53	30.07	17.68	43.86	27.09	48
24.41	14.94	33.77	18.76	31.47	18.46	45.98	28.39	49
25.34	16.09	35.77	19.97	31.98	18.50	46.86	28.78	50
27.50	16.89	38.86	21.65	32.48	18.54	47.74	29.16	51
29.66	17.68	41.95	23.33	34.01	19.31	50.08	30.50	52
31.81	18.47	45.05	25.01	35.62	20.12	52.57	31.92	53
33.97	19.26	48.14	26.70	37.33	20.96	55.25	33.42	54
36.11	20.04	51.25	28.35	47.09	21.75	65.96	34.88	55
39.78	21.30	56.49	31.13	49.41	22.65	69.40	36.59	56
43.44	22.55	61.72	33.91	51.93	23.71	73.14	38.47	57
47.10	23.80	66.96	36.70	54.69	25.22	77.24	40.90	58
50.77	25.06	72.19	39.48	57.70	26.51	81.71	43.16	59
54.42	26.30	77.41	42.26	61.12	28.07	87.47	46.31	60
				64.91	29.26	93.12	48.69	61
				70.13	30.50	100.43	51.24	62
				75.63	31.78	108.35	53.99	63
				80.86	33.15	116.27	56.95	64
				85.93	35.37	121.12	59.56	65
				91.88	37.58	129.94	62.17	66
				98.48	39.11	139.80	65.81	67
				106.50	41.12	151.50	70.06	68
				117.24	43.48	166.46	74.93	69
				138.78	55.54	192.82	89.79	70

טווח תאריך

b4900/7455

10/2014

7000379

## טבלת פרמיות לתוכנית - סיעודי לכל (קבועה)

פרמיה חודשית ל-1,000 ש"ח פיצוי בבית (2,000 ש"ח פיצוי במוסד)								
גיל	גבר	אשה	גבר	אשה	גבר	אשה	גבר	אשה
3	9.26	11.34	11.38	15.73	13.16	21.36	15.48	25.13
4	9.41	11.59	11.63	16.11	13.46	21.92	15.83	25.78
5	9.58	11.83	11.87	16.51	13.77	22.53	16.20	26.51
6	9.74	12.09	12.11	16.94	14.11	23.16	16.60	27.24
7	9.94	12.37	12.39	17.33	14.46	23.82	17.01	28.02
8	10.12	12.64	12.64	17.78	14.81	24.50	17.42	28.83
9	10.32	12.92	12.94	18.26	15.17	25.20	17.85	29.65
10	10.54	13.24	13.24	18.74	15.57	25.89	18.32	30.46
11	10.74	13.58	13.57	19.26	15.99	26.61	18.82	31.30
12	10.98	13.88	13.87	19.73	16.44	27.43	19.34	32.27
13	11.22	14.24	14.22	20.29	16.86	28.26	19.84	33.25
14	11.47	14.61	14.60	20.88	17.31	29.14	20.36	34.28
15	11.74	14.99	14.98	21.49	17.82	30.04	20.96	35.35
16	12.02	15.42	15.36	22.11	18.33	31.01	21.57	36.48
17	12.30	15.78	15.78	22.78	18.88	32.00	22.21	37.65
18	12.61	16.24	16.23	23.47	19.46	33.06	22.89	38.89
19	12.94	16.70	16.69	24.10	20.06	34.14	23.60	40.16
20	14.10	18.26	18.23	26.42	21.97	37.47	25.84	44.08
21	14.45	18.80	18.72	27.25	22.63	38.67	26.63	45.49
22	14.85	19.37	19.26	28.13	23.28	39.93	27.39	46.97
23	15.28	19.93	19.85	29.04	24.04	41.21	28.29	48.49
24	15.70	20.50	20.47	30.00	24.83	42.63	29.21	50.16
25	16.15	21.14	21.11	30.99	25.65	44.11	30.18	51.89
26	16.59	21.81	21.78	32.03	26.49	45.66	31.17	53.72
27	17.10	22.53	22.47	33.12	27.39	47.27	32.22	55.61
28	17.61	23.26	23.14	34.27	28.32	48.95	33.31	57.59
29	18.16	24.03	23.88	35.39	29.28	50.70	34.45	59.65
30	18.74	24.83	24.70	36.53	30.31	52.53	35.66	61.80
31	19.32	25.68	25.54	37.84	31.38	54.46	36.92	64.07
32	19.90	26.51	26.43	39.22	32.50	56.48	38.24	66.44
33	20.58	27.38	27.36	40.66	33.65	58.60	39.59	68.94
34	21.28	28.37	28.34	42.18	34.80	60.79	40.94	71.52
35	22.04	29.40	29.37	43.78	36.05	63.14	42.42	74.29
36	22.83	30.47	30.48	45.46	37.44	65.60	44.05	77.18
37	23.65	31.62	31.60	47.22	38.89	68.19	45.75	80.22
38	24.52	32.85	32.73	49.10	40.43	70.94	47.57	83.45
39	25.43	34.13	33.99	51.09	42.08	73.83	49.50	86.86
40	26.95	36.14	35.60	53.50	44.07	77.30	51.84	90.94
41	28.03	37.61	37.07	55.74	45.94	80.57	54.05	94.79
42	29.19	39.17	38.65	58.14	47.94	84.08	56.40	98.92
43	30.44	40.84	40.33	60.70	50.08	87.81	58.92	103.30
44	31.75	42.62	42.15	63.41	52.36	91.76	61.60	107.95
45	32.75	43.96	43.53	65.47	54.09	94.75	63.63	111.47
46	34.22	45.95	45.56	68.51	56.80	99.15	66.83	116.65
47	35.81	48.08	47.71	71.76	59.66	103.77	70.19	122.09
48	37.47	50.34	49.99	75.22	62.50	108.70	73.53	127.88
49	39.22	52.75	52.43	78.91	65.46	113.93	77.01	134.04
50	40.03	53.95	53.69	80.77	66.58	116.30	78.33	136.83
51	40.83	55.14	54.95	82.62	67.71	118.67	79.66	139.61
52	42.92	57.99	57.79	86.93	71.01	124.64	83.54	146.63
53	45.15	61.06	60.83	91.57	74.52	131.01	87.67	154.13
54	47.58	64.34	64.13	96.58	78.29	137.87	92.10	162.20
55	50.01	67.64	67.45	101.57	82.02	155.40	96.49	182.82
56	52.87	71.50	71.37	107.42	86.38	163.83	101.63	192.74
57	55.99	75.70	75.59	113.81	91.18	173.01	107.27	203.54
58	59.40	80.31	80.21	120.82	96.83	183.09	113.91	215.40
59	63.15	85.44	85.26	128.56	102.60	194.15	120.70	228.42
60	69.14	93.69	93.35	141.01	111.29	210.07	130.92	247.15
61	73.77	100.27	99.57	150.91	117.95	224.17	138.76	263.73
62	78.85	107.63	106.39	162.03	125.19	241.26	147.28	283.83
63	84.53	115.78	114.02	174.48	133.17	259.94	156.67	305.82
64	90.89	125.22	122.49	188.74	141.98	279.93	167.03	329.33
65	99.37	131.54	133.29	196.76	151.02	297.53	177.68	350.04
66	102.59	142.55	137.09	213.11	161.66	320.62	190.19	377.20
67	111.65	154.99	149.11	231.62	173.78	346.57	204.45	407.73
68	121.60	169.13	162.21	252.62	187.40	376.74	220.47	443.22
69	133.06	185.20	177.20	276.54	203.06	413.31	238.89	486.24
70	145.80	203.57	193.88	303.88	231.40	467.85	272.24	550.41
71	161.11	227.35	213.80	338.62	255.05	512.53	300.06	602.98
72	180.34	252.58	240.01	375.67	281.15	567.16	330.77	667.25
73	202.75	282.29	268.26	418.95	315.19	632.24	370.82	743.81
74	228.48	320.89	304.89	476.29	353.20	711.05	415.53	836.53
75	261.69	364.28	344.28	539.33	380.98	738.53	448.22	868.85

7000379 10/2014 b4900/7455 טו"ר תרא"ל









# ערכי סילוק לתוכניות בפרמיה משולבת - המשך

ותק בשנים																							גיל			
99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75		
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	97.5%	94.0%	91.3%	89.2%	87.5%	86.0%	84.7%	83.5%	82.4%	81.4%	80.4%	79.4%	78.5%	77.5%	76.6%	3	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.6%	94.3%	90.8%	88.3%	86.4%	85.0%	83.8%	82.8%	81.9%	81.1%	80.3%	79.6%	78.9%	78.1%	77.4%	76.6%	75.8%	75.0%	4	
		100.0%	100.0%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.8%	77.7%	77.5%	77.2%	76.9%	76.5%	76.0%	75.5%	75.0%	74.4%	73.7%	5	
				100.0%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.6%	76.4%	76.2%	75.9%	75.5%	75.0%	74.5%	73.9%	6	
					100.0%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.3%	76.2%	76.0%	75.7%	75.3%	74.8%	74.3%	7	
						100.0%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	78.2%	77.8%	77.5%	77.1%	76.6%	76.2%	75.6%	75.6%	8	
							100.0%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.6%	77.5%	77.3%	77.0%	76.7%	76.3%	75.8%	9	
								100.0%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.5%	77.3%	77.0%	76.7%	76.3%	10	
									100.0%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.4%	76.1%	11	
										100.0%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.3%	77.2%	76.9%	12
											100.0%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	13	
												100.0%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	76.2%	14	
													100.0%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	15	
														100.0%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	76.7%	16	
															100.0%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	17	
																100.0%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	76.4%	18	
																	100.0%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	19	
																		100.0%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	76.6%	20	
																			100.0%	76.5%	76.5%	76.5%	76.5%	76.5%	21	
																				100.0%	76.1%	76.1%	76.1%	76.1%	22	
																					100.0%	76.1%	76.1%	76.1%	23	
																						100.0%	76.4%	76.4%	24	
																							100.0%	76.4%	25	
																								100.0%	26	