



dt5888

סוג מסמך: 5000 קולקטיב מרכז: 290001

טופס מלא וחתום, על כל חלקיו, יש להעביר באמתעות פקס  
מס': 02-6583560 או במייל לצרויה: tsruyaa@kkl.org.il

אפריל 2019

## טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לעובדי קק"ל ובני משפחותיהם

מועד אחרון להצטרפות 30/6/2019

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד.

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

### 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 4 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה מגיל 4 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה מעל גיל 21 שנים					
כתובת העובד/ת/גמלאי/ת		רחוב	מספר בית	מספר דירה	ישוב
		מיקוד	מס' עובד	מצב משפחתי ר / ג / א	תאריך תחילת עבודה / /
		טלפון נייד			
כתובת דואר אלקטרוני - עובד/ת/גמלאי/ת (מבוטח ראשי)		@			

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://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 קק"ל (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 קק"ל (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

### ג. דמי הביטוח

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

כיסוי ביטוחי	עובד/ת *	בן/בת זוג, ילד/ה בוגר מעל גיל 21 שנים	ילד/ה מגיל 4 עד גיל 21 שנים
משמר, כירורגיה פה ולסת, חניכיים, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גבי שתלים	₪ 92.72	₪ 92.72	
משמר+ יישור שיניים (יישור שיניים עד גיל 18 שנים)			₪ 42.45

\* דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו על ידי המעסיק ושויי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך.  
\* דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי 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 שפורסם ביום 15.2.2019.
- ילד/ה שלישי (עד גיל 21 שנים) ואילך יצורף לתכנית הביטוח ללא עלות.

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

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

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

פירוט	נושא
5 שנים, החל מיום 1.4.2019 ועד ליום 31.3.2024.	משך תקופת הביטוח
בתשלום דרך השכר- בהתאם להסדר שנקבע מול המעסיק.	מועדי גבייה
<p>מבטח 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 ממבטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:</p> <p>א. המבטח 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 מביניהם (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 המבטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה.</p> <p>ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטחים 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 המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.</p> <p>לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו:</p> <p>"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.</p> <p>"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטח 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 1.3.2019 (על פי מדד אשר פורסם ב-15.2.2019) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.

מחירון לטיפולים משמרים				
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	2 לשנת ביטוח.	164	לא
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	למבטח מעל גיל 12 שנים יאושרו 3 הסרות אבנית בשנת ביטוח	132	לא
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף	למבטח מתחת לגיל 12 שנים תאושר הסרת אבנית אחת ל- 2 שנות ביטוח	132	לא
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח	208	לא
D7140010	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח **	208	לא
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח **	406	לא
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	מכוסה טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח **	449	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	תעלה 1 - 449	לא	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	תעלה 2 - 570	לא	לא
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי	713	לא	לא
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי	800	לא	לא
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית	מכוסה חידוש טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח**	526	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	תעלה 1 - 526	כן	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	תעלה 2 - 647	כן	כן
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת	855	כן	כן
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות	910	כן	כן
D2140000	שחזור אמלגם משטח 1, משן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לשן בשנה.	153	לא
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא
D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	בימי חול ובשעות הפעילות, פעמיים בשנת ביטוח.	164	לא

\* **בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם** - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.

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

מחירון לטיפולי חניכיים (פריודונטליים)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי חניכיים בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה.</li> <li>טיפול פריודונטי יבוצע לאחר השלמת הטיפול המשמר.</li> <li>כל טיפולי החניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	אחת בתקופת ביטוח.	אין	164	לא
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	ניקוי אבנית במסגרת הביטוח המשמר ובנוסף ניקוי אבנית במסגרת הטיפול הפריודונטלי המונע במרפאת פריודונט בלבד, פעמיים בשנת ביטוח.	אין	170	לא
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לשיבה, 30 דקות	ארבע ישיבות ל- 3 שנים	72	288	לא
D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין	אחד מהניתוחים המצוינים לכל אחד מרבעי הפה - אחד לתקופת ביטוח. הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית / עצם מן החי / אמדוגן / ממברנה וכדומה.	543	1,850	כן
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה		494	1,400	כן

\* **מבטח הפונה לרופא שיניים שאינו בהסכם** - החזר למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת החזר שלעיל, הנמוך ביניהם.

<b>מחירון לטיפול כיורוגיה פה ולסת</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים בכירורגיה פה ולסת כמפורט להלן.</li> <li>כל הטיפולים בכירורגיה פה ולסת יבוצעו על ידי רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D7980000	הוצאת אבן מבלוט/צינור הרוק	אחת בתקופת ביטוח	ישלם באופן פרטי ויחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	439	כן
D7286000	ביופסיה של חלל הפה- רקמה רכה	אחת בתקופת ביטוח	ישלם באופן פרטי ויחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	362	כן
*מבוטח הפונה לרופא שניים שאינו בהסכם - ההחזר למבוטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך ביניהם.					

<b>מחירון לטיפול שיקום הפה (פרוטיים)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם או לחילופין	מבנה ישיר אחד לשן בתקופת ביטוח	77	307	כן
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח	99	395	כן
D2751000	כתר חרסיה מאוחה למתכת לא אצילה	אחד לשן בתקופת ביטוח, הטיפול כולל: הכנת הפה והשיניים, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, כתרים וגשרים זמניים, מדידות, הכנסת התותבת לפה והדבקתה וההתאמות הדרושות לתפקוד מלא	329	1,316	כן
D5110000	תותבת שלמה עליונה	תותבת שלמה אחת לכל לסת לתקופת ביטוח	603	2,412	כן
D5120000	תותבת שלמה תחתונה	ביטוח			כן
*מבוטח הפונה לרופא שניים שאינו בהסכם - ההחזר למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך ביניהם.					

<b>מחירון להשתלות שיניים (שיקום על גבי שתלים)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי השתלת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.</li> <li>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.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D6010000	החדרה כיורוגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	עד 10 שתלים לכל הפה בתקופת ביטוח.	990	1,808	כן
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לכל שתל מכוסה.	250	500	כן
D6060000	כתר חרסיה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	כתר אחד לכל שתל מכוסה.	329	1,316	כן
*מבוטח הפונה לרופא שניים שאינו בהסכם - ההחזר למבוטח יהיה בגובה 70% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך ביניהם.					

<b>מחירון לטיפול יישור שיניים לילד (אורתודונטיה)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי יישור שיניים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.</li> <li>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.</li> </ul>					
קודי טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח) הפונה לרופא בהסכם	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	טיפול יישור שיניים אחד בתקופת ביטוח לילד עד גיל 18 שנה.	975	2,412	כן
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר		2,400	4,352	כן
* מבוטח הפונה לרופא שניים שאינו בהסכם - ההחזר למבוטח יהיה בגובה 70% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך ביניהם.					

**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 קק"ל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
4. בחודש העוקב לחודש בו תחדל להיות מועסק על ידי המעסיק, יבוטל ביטוח זה עבורך ועבור בני משפחתך.
5. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יאסף, 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.
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.

**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. (א) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
- (ב) בחתימתי זו (מבוטח ראשי), הריני נותן לקק"ל 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 קק"ל לבין הראל.







**2. 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 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 עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

**3. קבלת דבר פרסומת**

הריני 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 ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, 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](http://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.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				מבוטח ראשי
				בן/בת הזוג
				ילד מעל גיל 18 שנה
				ילד מעל גיל 18 שנה
				ילד מעל גיל 18 שנה
				ילד מעל גיל 18 שנה