

יש להעביר טופס זה לידי סוכן הביטוח המטפל
שם הסוכן המטפל: גפן בס"ד
מס' הסוכן המטפל: 11616

טופס הצטרפות לתכנית ביטוח הרפואי הקבוצתי לעובדי הסתדרות מורי אגודת ישראל
בארץ ישראל ובני משפחותיהם

אני /ו החתום/ים מטה מעוניין/ים להצטרף ולהיות מבוסח/ים בפוליסה של ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי הסתדרות מורי אגודת ישראל בארץ ישראל, מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ לצרף אותי ואת בני/בנות משפחתי לאחת מתכניות הביטוח כמפורט בהסכם ועפ"י התנאים שבהסכם. מס' עובד: _____

נא לסמן ב-X במקום הרלוונטי:

עובד/ת רשת גני הילדים	X	עובד/ת מרכז החינוך העצמאי
מבקש/ת לצרף את עצמי ואת בני/בנות משפחתי המפורטים להלן למסלול ביטוח עם ניתוחים מלא ללא קיזוז שב"ן.		
מבקש/ת לצרף את עצמי ואת בני/בנות משפחתי המפורטים להלן למסלול ביטוח עם ניתוחים לאחר קיזוז שב"ן.		

1. פרטי המועמדים לביטוח

מספר הזהות (כולל ס"ב)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין (ז/ג)	
מבוטח ראשי (עובד/ת)									
בן/בת זוג									
ילד עד גיל 25		1							
		2							
		3							
		4							
		5							
		6							
		7							
		8							
		9							
		10							
		11							
		12							
רחוב		מספר בית		יישוב		מיקוד		כתובת	
טלפון בבית		טלפון בעבודה		טלפון נייד					
עובד/ת		שם קופת החולים		סניף		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:			
בן/בת זוג וילדים		שם קופת החולים		סניף		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:			
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת הראל יישלחו לדואר האלקטרוני שלי. כמו כן, אני מסכים לקבל את הפוליסה וכל יתר המסמכים שעלי לקבל מחברת הראל במסגרת ביטוח הבריאות באמצעות הדואר האלקטרוני שלי. תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: _____ @ כתובת דואר אלקטרוני									

- א. אני/ו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
- כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - התשובות ו/או המידע שיימסר לחברה יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 וישמשו לצורכי ביטוח בלבד.
 - הצהרה זו, כוללת את הצהרת הבריאות שלהלן, וחלה גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותם/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
- ב. ידוע לי/לנו כי:
- תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ והסתדרות מורי אגודת ישראל בארץ ישראל, ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.

3. הצהרת בריאות

נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כל שהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. במידה והתשובה על אחת השאלות הינה "כן", יש לפרט עבודה בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [6], או לצרף מכתב מרופא בהתאם לרשום בסוגריים.

האם סבל או סובל מ – (סמן ב-V)		עובד/ת		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
גובה בס"מ															
משקל בק"ג															
1	○ אירוע מוחי - נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע, ○ מחלה או מגבלה בעיניים [1]														
2	○ מחלת לב [4] ○ כלי דם [7], ○ מחלת דם, ○ לחץ דם [5], ○ שומנים בדם [6]														
3	○ מחלת ריאות [3], ○ אסטמה [3], ○ הפרעות בקיבה [9], ○ הפרעות או מחלות במערכת העיכול [9]														
4	○ סוכרת [12], ○ מחלת כבד [10], ○ מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות) – נא צרף מכתב מהרופא המטפל														
5	○ מחלה הקשורה בכליות [13] ○ בדרכי השתן [13]														
6	○ מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה [21], ○ רגליים [18] [19], ○ ידיים [18] [19], ○ מחלת פרקים [19], ○ אוסטיאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17]														
7	○ מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו – נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות, ○ מחלה ו/או תופעה כרונית כלשהי ○ מחלה תורשתית														
8	○ פיגור שכלי, ○ מחלת מערכת העצבים, ○ הפרעה התפתחותית, ○ מחלת נפש [25], ○ אפילפסיה [22]														
9	האם עברת: ○ תאונה [24] ○ ניתוח – נא צרף סיכום ניתוח ○ אושפזת בבית חולים ב 5 השנים האחרונות [23], ○ נמצא בטיפול רפואי, תרופתי או השגחתי כלשהו ?														
10	○ מחלות גריאטריות, ○ קושי בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?														
11	לנשים: ○ סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית [15] עברת לידה בניתוח קיסרי?														

אני/ו מסכים מראש בחתימתי להחרגה של המחלה/הבעיה. לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

☐ בקע
 תאריך: _____ שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

☐ ניתוח קיסרי ובקע בצלקת ניתוח קיסרי
 תאריך: _____ שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

האם סבל או סובל מ – (סמן ב- V)		ילד 6		ילד 7		ילד 8		ילד 9		ילד 10		ילד 11		ילד 12	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
גובה בס"מ															
משקל בק"ג															
1	מחלת לב וכלי דם, מחלה הקשורה במחזור דם/אירוע מוחי														
2	סוכרת, מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות)														
3	מחלה הקשורה בכליות ו/או בדרכי השתן, מחלה או מגבלה בעיניים														
4	מחלת מערכת העצבים, מחלת נפש ו/או פיגור שכלי/הפרעה התפתחותית, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו														
5	מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה, צוואר, גב, מותניים, רגליים, ידיים														
6	מחלת ריאות, אסטמה, בעיות הקשורות באף, אוזן, גרון														
7	מחלת כבד, הפרעות בקיבה, הפרעות או מחלות במערכת העיכול, טחורים														
8	מחלה ו/או תופעה כרונית כלשהי ו/או מחלה תורשתית														
9	האם אושפז בבית חולים ב- 5 השנים האחרונות (לרבות אשפוז יום), האם עבר תאונה או ניתוח או נמצא בטיפול רפואי, תרופתי או השגחתי כלשהו ?														
10	מחלות גריאטריות, קושי בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?														
11	לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית. האם היית בהריון בסיכון גבוה בעבר? האם עברת ניתוח קיסרי?														

4. ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה עובדיה וכל מי מטעמה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

5. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) 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 _____ חתימה _____
- 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 <http://www.harel-group.co.il> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף הבריאות אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 52118, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

6. חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות מולאה בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר/ת כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18.

שם _____ מ"ס ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

עובד/ת: _____

בן/בת זוג: _____

ילד מעל גיל 18: _____

ילד מעל גיל 18: _____

אמצעי תשלום

שם המבוטח _____ ת.ז. המבוטח _____

הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד: ☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון נוסף _____

תוקף				מס' כרטיס															
חודש	שנה																		

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי 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 פוליסות/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

_____ 
חתימת בעל הכרטיס

תאריך