

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי גדות תעשיות ביוכימיה ובני משפחתם – כולל הצהרת בריאות

טופס זה מיועד ל:

- עובד קיים ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25) אשר לא מצטרפים ברצף מההסכם הקודם.
- עובד חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25) המצטרפים 90 יום לאחר תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה או מיום תחילת הסכם זה.
- מבוטח שהיה מבוטח בפוליסה הקודמת, גרע את עצמו מהביטוח ומבקש לחזור ולהיות מבוטח בפוליסה הנוכחית.

פרטי המועמדים לביטוח																						
בחירת מסלול ביטוח ניתוחים	מלא מהשקל הראשון	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות																
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
		נ / ז	/ /																			עובד/ת
		נ / ז	/ /																			בן/בת זוג
		נ / ז	/ /																			ילד עד גיל 25
		נ / ז	/ /																			ילד עד גיל 25
		נ / ז	/ /																			ילד עד גיל 25
		נ / ז	/ /																			ילד עד גיל 25

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
עובד/ת			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון בעבודה:	טלפון נייד:	
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה): @			

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומי כשמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני:

נא סמן:

כן

לא

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):

- מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות.
- מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת.
- מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.

מינוי מוטבים למקרה מוות																						
% חלקים	קירבה	מין	מס' תעודת זהות																			
		נ / ז																				עובד/ת
		נ / ז																				בן/בת זוג

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

הצהרת המועמדים לביטוח

הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.
 כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות.
 ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.
אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
ידוע לי כי הפרמיה עבורי ממומנת במלואה ע"י המעסיק למעט גילום המס.
אני מאשר כי שווי המס בגיני והפרמיה עבור בני משפחתי תגבה משכרי.

א.	אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזאת כי:
1.	כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
2.	התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטח") וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3.	הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
ב.	לתשומת לב: בביטוח זה קיימים סייגים לגבי מצב רפואי שקדם לעריכת הפוליסה. אנא קרא/י בעיון את תנאי הפוליסה. יובהר כי הקבלה לביטוח מותנית בחתימת הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לחברה המבטחת
ג.	ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח נותן/ת בזאת רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידה כמפורט בתיק הרפואי במסמכים אשר בידי מוסדות הרפואיים, לצורך בירור חבות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י הפוליסה לביטוח רפואי לעובדי בעל הפוליסה והנני משחרר/ת את המוסדות הרפואיים הנ"ל מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". כתב ויתור זה מחייב אותי ויחול גם על ילדי הקטנים ובאי כוחי החוקיים.

מינוי מוטבים למקרה מוות								
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות				מין	קירבה	% חלקים
עובד/ת						ז / נ		
בן/בת זוג						ז / נ		

משלים שב"ן – גילוי נאות
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 בקופת החולים). כלומר, המבטח ישלם 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 הפוליסה.
ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

הצהרת המבוטחים למשלים שב"ן
<input type="checkbox"/> אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
<input type="checkbox"/> אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומי כשמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני:
נא סמן:
<input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> לא

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם בן/בת הזוג	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

הצהרת בריאות											
נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כלשהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") יש לרשום את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו' (אין לרשום הערות בין השאלות).											
עובד/ת		בן/בת הזוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
גובה בס"מ											
משקל (בק"ג)											
האם סבל או סובל מ – (נא סמן ב-X)		כן		לא		כן		לא		כן	
1. אירוע מוחי – נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע? מחלה או מגבלה בעיניים?											
2. מחלת לב, כלי דם, מחלת דם, לחץ דם, שומנים בדם											
3. מחלת ריאות, אסטמה, הפרעות בקיבה, הפרעות או מחלות במערכת העיכול											
4. סוכרת, מחלת כבד, מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות) – נא צרף מכתב מהרופא המטפל											
5. מחלה הקשורה בכליות, מחלה הקשורה בדרכי השתן											
6. מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה, מחלת פרקים, אוסטיאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם											
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, אפילפסיה											
9. האם עברת: ניתוח – נא צרף סיכום ניתוח, אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם הינך נמצא בטיפול רפואי תרופתי ו/או השגחה רפואית כלשהי?											
10. האם הינך סובל/ת מפציעה או נזק מתאונה?											
11. האם הינך חולה במחלת האיידס ו/או בנגיף האיידס?											
12. לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית? עברת לידה בניחות קיסרי?											
13. האם הינך מעשן ו/או עישנת במהלך 5 השנים האחרונות? סיגריות ליום _____											

פירוט ממצאים חיוביים				
שם המבוטח	מס' שאלה	שנת האירוע	פרטים על המחלה, מום וכו'	המצב כיום

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם בן/בת הזוג	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	