

עובדים חדשים ובני משפחתם המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת עבודתם – לא יידרשו למלא הצהרת בריאות

טופס הצטרפות לתכנית הביטוח הרפואי הקבוצתי לעובדי סמסונג ישראל בע"מ

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים עד גיל 24) לפוליסה של ביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי סמסונג ישראל, עפ"י התנאים שבהסכם.

הריני לאשר את הצטרפותי לביטוח הבריאות הייחודי בהראל חברה לביטוח בע"מ במסגרת מקום עבודתי.

ידוע לי, כי המעסיק מממן עבורי את דמי הביטוח והנני מאשר לנכות משכרי את שווי המס בגין ההטבה. אני מאשר כי הפרמיה עבור בני משפחתי תשולם באמצעות ניכוי משכרי.

שם: _____ ת.ז.: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

תאריך תחילת עבודה: _____

1. פרטי העובד/ת

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה

2. פרטי המועמדים לביטוח

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
עובד/ת				
בן/בת זוג				
1	24	גיל		
2				
3				
ילד מעל גיל 24				
רחוב		מספר בית		יישוב
כתובת		מיקוד		
טלפון בבית			טלפון בעבודה	
טלפון נייד				
עובד/ת		שם קופת החולים		
עובד/ת		שם קופת החולים		
בן/בת זוג וילדים		שם קופת החולים		
כתובת דואר אלקטרוני		@		

3. הצהרת המועמדים לביטוח

- 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 בשם כאפוטרופוס.
- ב. ידוע לי/לנו כי: תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לסמסונג ישראל בע"מ ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.

4. הצהרת בריאות

לעובדים חדשים ובני משפחתם המצטרפים לביטוח בתום 90 יום ממועד תחילת העבודה

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. 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).

	האם סבל או סובל מ - (סמן ב-V)		עובד/ת		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד בוגר		
	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?

במידה והתשובה על אחת השאלות הינה "כן", יש לפרט עברה בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים [], לדוגמה [6], או לצרף מכתב מהתאם לרשום בסוגריים.

5. 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, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לביטוח הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ 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 ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.

- אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או יהיה 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, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל ע"י חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע לנו על כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.

- אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, 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>.

- אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, **במקום בכתב**. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך _____ חתימה _____

תאריך _____ חתימה _____

7. 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	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

עובד/ת: _____

בן/בת זוג: _____

ילד מעל גיל 18: _____

ילד מעל גיל 18: _____