

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי דלק ישראל ובני משפחתם – כולל הצהרת בריאות**

טופס זה מיועד ל:

- עובד חדש המצטרף 90 יום לאחר תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה.
  - בני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 או מעל גיל 25) של עובד חדש המצטרפים 90 יום לאחר תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה.
  - עובד קיים ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 וילדים מעל גיל 25) של עובד קיים המצטרפים 90 יום לאחר המועד הקובע.
  - תינוק שיצורף לביטוח לאחר 90 ימים מיום לידתו.
  - מבוטח חוזר – מבוטח שביטל את הביטוח עבורו וכעת מעוניין לחזור ולהיות מבוטח במסגרת הפוליסה.
- תאריך תחילת העבודה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

רובד הרחבה***		רובד בסיס**	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות															
בחירת מסלול ביטוח ניתוחים	מלא מהשקל הראשון						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
משלים שב"ן כולל ברות ביטוח			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
			נ / ז	/ /																		ילד מעל 25 גיל
			נ / ז	/ /																		ילד מעל 25 גיל

\*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי חינם.  
 \*\* רובד בסיס-השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות.  
 \*\*\* רובד הרחבה- ניתוחים בישראל (מלא או משלים שב"ן), טיפולי מחליפי ניתוח, ניתוחים בחו"ל, שירותים אמבולטוריים. ההצטרפות לרובד הרחבה מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס.

<b>פרטים נוספים</b>		<b>שם קופת חולים</b>		<b>סניף</b>		<b>שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:</b>	
עובד/ת							
בן/בת זוג וילדים							
רחוב:		מס' בית:		ישוב:		מיקוד:	
טלפון בבית:		טלפון בעבודה:		טלפון נייד:			
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה): @							
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ והפניקס גמול פנסיה בע"מ:							
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא							
הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982:							
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא							
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.							
<b>תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות.</li> <li>• מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת.</li> <li>• מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.</li> </ul>							
<b>שם העובד/ת</b>		<b>מס' תעודת זהות</b>		<b>תאריך</b>		<b>חתימה</b>	
				/ /			

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).																	
גובה בס"מ		משקל (בק"ג)		האם סבל או סובל מ - (נא סמן ב-X)		עובד/ת		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
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 הינך אדם עם מוגבלות. דהיינו, אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודך באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים?															
10.		האם עברת: ניתוח - נא צרף סיכום ניתוח, אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם הינך נמצא בטיפול רפואי תרופתי ו/או השגחה רפואית כלשהי?															
11.		האם הינך סובלת/מפציעה או נזק מתאונה?															
12.		האם הינך חולה במחלת האיידס ו/או בנגיף האיידס?															
13.		לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית? עברת לידה בניתוח קיסרי?															
14.		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							

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

**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 עבור רובד הבסיס בלבד ע"י המעסיק כולל שווי המס.**

**אני מאשר כי הפרמיה עבורי בגין רובד ההרחבה ועבור בני משפחתי תנוכה משכרי ועל חשבוני.**

**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 השב"ן וכן לפנות למבטח 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**

אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חבר/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 כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

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

את הטופס החתום נא לשלוח לאלדור סוכנות לביטוח, לידי דורון שביט בפקס: 04-8739995 או בכתובת דוא"ל: [doron@eldorins.co.il](mailto:doron@eldorins.co.il), טלפון לברורים: 048738881 / 2 / 050-2269526