

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי כולל הצהרת בריאות – גמלאים ובני משפחתם, דור ב' (כלות, חתנים, נכדים) למשפחות עובדי חברת דלק

טופס זה מיועד ל:

- גמלאית/בן/ת זוגו וילדיו שלא היו מבוטחים בביטוח הקבוצתי ומצטרפים לביטוח לרובד הבסיס וההרחבה.
- בן/ת זוג של ילד בוגר וילידיהם (נכד/ה של עובד/ת) המצטרפים לביטוח לרובד הבסיס וההרחבה.

שם המבוטח הראשי (העובד) _____ שם ילד בוגר של המבוטח ראשי _____.

רובד הרחבה***		רובד בסיס**	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות										גמלאית/בן/בת זוג של הגמלאית/או של ילד הבוגר					
בחירת מסלול ביטוח ניתוחים	מלא מהשקל הראשון						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12			
משלים שב"ן כולל ברות ביטוח			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		
			נ / ז	/ /																		

** 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.

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
גמלאית/בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	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.			

- 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.

שם העובד/ת	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, 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	
												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 תיפקודך 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 סובל/ת 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 תשולם על חשבוני באמצעות גבייה אישית.

אני מאשר כי הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי תנוכה מאמצעי גבייה אישי לפי הפרטים המצ"ב.

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 כאפוטרופוס/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 doron@eldorins.co.il דוא"ל: 050-2269526 / 2 שלוחה 048738881 טלפון לברורים: 050-2269526

טופס אמצעי תשלום

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דיינרס

מספר כרטיס: _____

תוקף הכרטיס
עד: _____

--	--	--	--

פרטי בעל החשבון:

שם בעל/ת הכרטיס: _____

מס' זהות: _____

חתימת בעל/ת הכרטיס: _____

X _____

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד

בנק _____
סניף _____
("הבנק")

תאריך: _____

מספר חשבון בנק _____

קוד מסלוקה _____
סניף _____

אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב
(ככל שקיים) _____

שם המוסד (המוטב) _____

קוד המוסד (המוטב) 611

כתובת הסניף _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____

("הלקוח/ות")

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק

כתובת

מיקוד _____ עיר _____ מס' _____ רחוב _____

מבקשים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("**החשבון**") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

- עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/ מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- אחרי/נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- אחרי/נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

3. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

X _____ חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו ע"י המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

X _____ חתימת בעל/י החשבון

אישור הסוכנות

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

תאריך	שם הסוכנות	מס' הסוכנות	חתימה + חותמת סוכנות/ות
-------	------------	-------------	-------------------------

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנות, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

