



dt29119

סוג מסמך: 29119, קולקטיב מרכז: 526268

יוני 2020

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlqti@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי וגמלאי "גיא טכנולוגיות" ובני משפחותיהם

הגני מבקשת/ בזה מהרצל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי וגמלאי "גיא טכנולוגיות" ו/או לצרף את בני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- עובדים המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת עבודתם.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 60 יום, מיום תחילת עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 60 יום (*), מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכויות של עובד חדש.
* עבור תינוק: 90 יום, בתנאי ששני הוריו מבטוחים בביטוח זה או שבן הזוג מבטוח במסגרת ביטוח פרטי או קבוצתי לפחות 6 חודשים טרם היוולדו.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך.
דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך.
בחירת כיסויי רשות: כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד.
במידה ולא נבחרו כיסויי הרחבה, יתיר תנאי הפוליסה לא יפגעו.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם העובד/ת	א.ר. נ'סים הילנר	ת.ז.	300667623	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך	15/12/2021
------------	------------------	------	-----------	-------------------	-------	-------	------------

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: ☒ לא ☐ כן

א. פרטי המועמדים לביטוח מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין. פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. לאחר הצירוף ל ביטוח - דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהרצל, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם, באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il .							
עובד/ת	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	
						☐ זכר ☐ נקבה	
בן/בת זוג						☐ זכר ☐ נקבה	
ילדים	1	233916824	הילנר	א'ס'ר	28/10/2021	☒ זכר ☐ נקבה	
	2					☐ זכר ☐ נקבה	
	3					☐ זכר ☐ נקבה	
	4					☐ זכר ☐ נקבה	
עובד/ת	עיסוק		שם קופת חולים		שב" (ביטוח משלים) מסוג		
					ארבעה חודשים		
בן/בת זוג							
ילדים							
כתובת מגורים*	מבטוח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18		
	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	☐ כתובת זהה למבטוח ראשי		
	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד			
	מספר טלפון ניד" *		מספר טלפון ניד" *				
	מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית				
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		עובד/ת		בן/בת זוג		ילד בוגר (מעל גיל 18)	
		ofer_nisim		wall.co.il			

* חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי):					
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן					
תאור	עובדת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
האם הנך מעוניינת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה?	☒		☒		
האם הנך מעוניינת להרחיב את הכיסוי הביטוחי ולרכוש את נספח פוליסת אופק לחיים, עפ"י תנאי הפוליסה?					
סכום ביטוח: ₪ _____ (עד 20,000 ₪ במנות של 1000 ₪)					
תקופת פיצוי: ☐ 36 חודשים ☐ 60 חודשים ☐ 100 חודשים ☐ לכל החיים					

*שב"ן - "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוזתת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

ג. הצהרת הבריאות (למילוי במקרים המצוינים בעמוד 1 בלבד)

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד: על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ☒ בטור התשובה המתאימה ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, שמספרו מופיע בסוגריים מרובעים [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון סכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעודת עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

עובדת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
לא	כן	לא	כן	לא	כן
על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודת רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבוצות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.					
שאלות כלליות					
גובה בס"מ					
משקל בק"ג					
1	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרט/י				
2	האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה ב- 3 השנים האחרונות? נא פרט/י				
3	האם אושפזת מעל ל- 3 ימים ב 3 השנים האחרונות? [23]				
4	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת או הומלץ לך לטול תרופות באופן קבוע? נא פרט/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת תרופה זו?				
5	האם הנך מוגבלת/בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?				
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:					
1	מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: ☐ מערכת העצבים * ☐ אירוע מוחי * ☐ טרשת נפוצה * ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת * ☐ פרקינסון * ☐ רעד * ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות? *				
2	עיניים וראייה: ☐ ניוון רשתית ☐ עיוורון				
3	מערכת לב וכלי דם: ☐ לב [4] ☐ כלי דם [7]				
4	סוכרת תלוית אינסולין (סוג 1) במהלך 10 השנים האחרונות.				
5	ריאות ודרכי נשימה [3]				
6	כבד [10]				
7	כליות [13]				
8	גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) * ב 5 השנים האחרונות				

ד. מידע למועמד לביטוח

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- תנאי הכיסוי הינם הביטוח ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייארץ, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים, פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
- תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשל"ח 1998 - , קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למקד השירות 2735 * למבקשים/למצטרף לכיסוי לגיטימיים וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן.
- לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חברה/ים ("שב"ן" כללית מושלם/פלטניום, "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדוף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חברה/ים וזאת בתנאי שנותני השירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם נותני שירות בהסדר, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
- בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
- שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמה: מבוטח ששיגע לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה- 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ות מטה מבקשים/ות בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהירים/ות בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- הליך הצטרפות: ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
- במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).
- לידיעתך - האמור לעיל אפשרי בפוליסות המשולמות באמצעי גביה אישי בלבד ולא בפוליסות המשולמות על ידי בעל הפוליסה.

3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- | ק | לא |
|---|----|
| | X |
- האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור בירת מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתן מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
 - הרנו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
 - אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתומים/ות מטה נותנים/ות בזה רשות לקופת חולים ו/או למסדויות הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים ואחרים, למל"ל ו/או למשתתפים ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביטוח ויישום תביעות על פי הפוליסה ואחר, לצורך הליך תביעה לביטוח המבוקש למסור להראל ("המבקש") כל המצוי בידיכם וגורם אחר, ככל שיהיה צורך בביטוח ויישום תביעות על פי הפוליסה ו/או להעביר את המידע למבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים/ות אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרים/ות על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובינו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטנים.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	נוספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג	15/12/2021	ארי (א)	300667623	
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ו. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדת בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בירור את צרכי המועמדים, הצעת ביטוח /או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

תאריך הפקה : 29/10/2021 10:47

מערכת אישפוז - מרכז רפואי כרמל

אישור לידה

הננו מאשרים כי נולדו אצלנו הילד/ים הבא/ים :

<u>מספר זהות</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תאריך לידה</u>
0023391682-4	בן עילית	28.10.2021

להורים :

שם משפחה של האם : הולנדר
שם פרטי של האם : עילית
שם פרטי של האב : עופר

כתובת :

<u>האורן</u>	<u>74</u>	<u>רמת ישי</u>
(רחוב)	(כית)	(ישוב)

אישור זה אינו משמש כאסמכתא לרישום היקוד/ים במשרד הפנים.

מרכז רפואי "כרמל"
משרד קבלה
ושתרור יולדות

.....
חתימה וחותמת הפקיד

הא/י
10/10/21
נסי
11/11/21