



| תאריך מבוקש להתחלת הביטוח | | | | מספר מפעל | |
|---|--|-----|------|----------------|--|
| מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. | | יום | חודש | 522729, 525419 | |
| לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח. | | | | מספר סוכן | |
| | | | | 48703140 | |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

טופס הצטרפות לתוכנית ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בנק הפועלים בע"מ ובני משפחותיהם

טופס מספר **2641**

| א. פרטי העובד/ת | | | | | | |
|---|----------|---------|---|---|---|------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | |
| | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג | |
| שם החברה | | | שם / מספר סניף / מחלקה בבנק | | תאריך תחילת עבודה | |
| <input type="checkbox"/> בנק הפועלים בע"מ | | | | | <input type="checkbox"/> עובד | |
| כתובת מגורים (רחוב) | | | מס' דירה | מס' בית | מיקוד | מספר טלפון |
| | | | | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני | | | מוטבים במות המבוטח* (נא לציין שם מלא, מס' זהות וקרבה) | | | |
| | | | | | | |

| ב. פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | |
|-------------------------|-----------|----------|----------------|------------|---|--------------------|
| מבטוח | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | מוטבים במות המבוטח |
| בן/בת זוג | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | |
| ילד 1 עד גיל 30 | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | |
| ילד 2 עד גיל 30 | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | |
| ילד 3 עד גיל 30 | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | |
| ילד בוגר מעל 30 | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | |
| פרטים נוספים: | | | שם קופת החולים | סניף | שב"ן (ביטוח משלים) מסוג | |
| עובד | | | | | | |
| בן/בת זוג וילדים | | | | | | |

| ג. התכנית המבוקשת (סמן X במשבצת המתאימה) | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | מבקש לצרף אותי לביטוח בריאות פרקים א' - ח' ולגבות את העלות משכרי |
| <input type="checkbox"/> | מבקש לצרף את בן/בת זוגי וילדי לביטוח בריאות פרקים א' - ח' ולגבות את העלות משכרי |

מועד תחילת הביטוח של העובד ו/או בני המשפחה

- צירוף מבטוח ללא הצהרת בריאות - מועד צירוף המבוטח יהיה המועד בו חתם על טופס הצטרפות אך לא לפני מועד תחילת עבודתו.
- צירוף מבטוח המחייב הצהרת בריאות - במקרה בו המבוטח התקבל לביטוח ללא תנאי חיתום מיוחדים, דהיינו, תנאים רגילים, מועד צירוף לביטוח יהיה המועד בו חתם על טופס הצהרת הבריאות.
- במקרה בו נקבעו למבוטח תנאי חיתום מיוחדים, יהיה מועד צירוף של המבוטח המועד בו אישר המבוטח בחתימתו את תנאי החיתום.

| ד. אופן תשלום | | | |
|---|------------|----------|---------------|
| הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת הריני נותן בזאת הוראה לבנק הפועלים בע"מ לנכות ממשכורתתי את הפרמיות בגין ביטוח רפואי מידי חודש ולשלם למגדל חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה. | | | |
| תאריך | שם העובד/ת | מס' זהות | חתימת העובד ★ |
| | | | |

ה. ויתור על סודיות רפואית

אני ה"מ, המועמד לביטוח ע"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נותן בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.





| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | | | | | | | | | | עובד |
|---------|----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|
| | | | | | | | | | | | | |

ו. הצהרת בריאות

יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים הבאים:

- עובד קיים, בני/בנות זוג וילדים של עובד קיים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת הביטוח.
- עובד חדש, בני/בנות זוג וילדים של עובד חדש המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת עבודתו.
- בני משפחה חדשים של עובד מבוטח (נישואין, לידה) 180 ימים לאחר מועד הפיכתם לבני משפחה של העובד.
- עובדים שקבלו קביעות, בני/נות זוג וילדים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים מיום קבלת הקביעות.
- מבוטח אשר פרש מביטוח זה וחזר בו.

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 יש לפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו', (אין לרשום הערות בין השאלות).

| האם אתה סובל או סבלת מ- (סמן x במשבצת המתאימה) | העובד | | בן/בת זוג | | ילד 1 | | ילד 2 | | ילד 3 | | ת. גילוי המחלה / הבעיה | נא לפרט לגבי כל מבוטח |
|---|-------|----|-----------|----|-------|----|-------|----|-------|----|------------------------|-----------------------|
| | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | | |
| ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב סרטן | | | | | | | | | | | | |
| האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? | | | | | | | | | | | | |
| האם אושפזת בבית חולים בשלוש השנים האחרונות? | | | | | | | | | | | | |
| האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות? | | | | | | | | | | | | |
| האם את/ה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד? | | | | | | | | | | | | |
| האם הינך נזקק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות? | | | | | | | | | | | | |
| האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מותניים, רגליים, ידיים? | | | | | | | | | | | | |

ז. הצהרת המועמדים לביטוח

אני/ו החתומים מטה מבקשים/ים בזה ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהירים/ים, מסכים/ים ומתחייבים/ים בזה כי:

1. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי. התשובות ו/או המידע שיימסר לחברה יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 - וישמשו לצרכי ביטוח בלבד.
2. 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 בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת ללא תקרה והכול בכפוף לאמור בנספח ב' השירותים SLA.
3. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
4. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
5. הצהרה זו, הכוללת את הצהרת הבריאות שלהלן אם זו נדרשת, וחלה גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמים/ים על המסמכים גם בשמם כאפוסטרופוסים.
6. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הצדדים ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.

חתימת
העובד ★

תאריך

ח. חתימת המועמדים לביטוח / המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות אם זו נדרשה, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר (להלן: עובד הארגון הממלא את הטופס עבור בני משפחתו), אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות אם זו נדרשה 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 30.

| מועד | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך | חתימה |
|------------------|-----------|----------|---------|-------|-------|
| עובד | | | | | ★ |
| בן/בת זוג | | | | | ★ |
| ילדים מעל גיל 30 | | | | | ★ |
| ילדים מעל גיל 30 | | | | | ★ |



0179326410202080818

עמוד 2 מתוך 2 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 793