



טופס הצטרפות לתכנית ביטוח בריאות קבוצתי לגמלאי בנק הפועלים בע"מ ובני משפחותיהם

א. פרטי הגמלאי						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	
שם החברה		שם / מספר סניף / מחלקה בבנק		תאריך תחילת עבודה		
<input type="checkbox"/> בנק הפועלים בע"מ						
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני			מוטבים במות המבוטח			
מספר זהות		שם פרטי ומשפחה		קרבה		

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

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

מועד תחילת הביטוח של הגמלאי ו/או בני המשפחה

■ צירוף מבוטח ללא הצהרת בריאות - מועד צירוף המבוטח יהיה המועד בו חתם על טופס ההצטרפות.

■ צירוף מבוטח המחייב הצהרת בריאות - במקרה בו המבוטח התקבל לביטוח ללא תנאי חיתום מיוחדים, דהיינו, תנאים רגילים, מועד צירופו לביטוח יהיה המועד בו חתם על טופס הצהרת הבריאות.

במקרה בו נקבעו למבוטח תנאי חיתום מיוחדים, יהיה מועד צירופו של המבוטח המועד בו אישר המבוטח בחתימתו את תנאי החיתום.

ד. תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע						
כרטיס אשראי (בחר את סוג הכרטיס המתאים): <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/>						
אני/מר/גברת:		בעל כרטיס אשראי:				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר הכרטיס	בתוקף עד		
<p>מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם האולי וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיס האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיס האשראי. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.</p>						
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> תאריך			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> חתימת בעל/י הכרטיס *			

ה. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"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	גמלאי

1. הצהרת בריאות

יש למלא את הצהרת הבריאות עבור המקרים הבאים:

- גמלאי, בני/בנות זוג וילדים של גמלאי חדש המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת עבודתו.
- בני משפחה חדשים של גמלאי מבטוח (נישואין, לידה) 180 ימים לאחר מועד הפיכתם לבני משפחה של הגמלאי.
- מבטוח 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).

נא לפרט לגבי כל מבטוח	ת. גילוי המחלה / הבעיה	ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		הגמלאי		האם אתה סובל או סבלת מ- (סמן X במשבצת המתאימה).
		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?
												ההאם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות?
												האם אתה 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, נייודות?
												האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?

2. הצהרות המועמדים לביטוח

אני/ו החתומים/ים מטה מבקשים בזה ממגדל 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:

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 לצורכי 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' השיירותים SLA.
3. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטוח 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 על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוסים.
6. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הצדדים ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.

	חתימת הגמלאי *	
	[חתימה]	[תאריך]

ה. 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: גמלאי 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.

מועמד	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך	חתימה
גמלאי					★
בן/בת זוג					★
ילדים מעל גיל 30					★
ילדים מעל גיל 30					★

