

נובמבר 2016

את הטופס המלא יש לשלוח לגבאי סוכנות לביטוח, פקס: 0722-579940

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח רפואי קבוצתי לארגון עובדי נעמ"ת ובני משפחותיהם

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- בני משפחה חדשים וילדים שטרם מלאו להם 30 שנה (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצורפים לביטוח לאחר 90 יום, מיום הצטרפותם למשפחה.
- תינוק של מבוסט המצטרף לביטוח לאחר 180 ימים מיום היוולדו.
- ילד מאומץ המצטרף לאחר 180 ימים מיום אימוצו.

הנני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הקבוצתי לארגון עובדי נעמ"ת ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים עד גיל 21) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך לרובד הבסיסי "בריאות חובה" ולרובד ניתוחים ישולמו באופן חלקי על ידי המעסיק.

דמי הביטוח החודשיים עבור הרובד המורחב ישולמו על ידך באמצעות ניכוי משכרך.

דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך.

בחירת כיסויי רשות: כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד. במידה ולא נבחרו כיסויי ההרחבה, יתר תנאי הפוליסה לא יפעלו.

שם: _____ ת.ז.: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

תאריך תחילת העבודה: _____

התכנית המבוקשת (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי):

בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)

האם הנך מעוניין/ת לרכוש עבור בני משפחתך את הרובד הבסיסי, "בריאות חובה" עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור בני משפחתך ולרכוש את מסלול ב' (לתכנית "בריאות חובה" + "ביטוח ניתוחים"), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבור בני משפחתך ולרכוש את מסלול ג' ("בריאות חובה" + "ביטוח ניתוחים" + "שירותים רפואיים נוספים"), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן

עובד/ת

מסלול א' - עובד מצורף באופן אובליגטורי לתכנית - רובד בסיסי "בריאות חובה".
מסלול ב' - עובד מצורף באופן אובליגטורי לתכנית "בריאות חובה" + "ביטוח ניתוחים".
האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש את מסלול ג' ("בריאות חובה" + "ביטוח ניתוחים" + "שירותים רפואיים נוספים"), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן

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

פרטי המועמדים לביטוח

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

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד עד גיל 30	1			
	2			
	3			
ילד בוגר מעל גיל 30				
בן/בת זוג				
נכד עד גיל 30	1			
	2			
כתובת				
רחוב		מספר בית	יישוב	מיקוד
טלפון בבית		טלפון בעבודה		טלפון נייד
פרטים נוספים	חבר/ה קופת חולים	שם קופת החולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
	בן/בת זוג וילדים	שם קופת החולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
כתובת דואר אלקטרוני- מבוסט ראשי				
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)				

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il

עמוד 1 מתוך 5

לידיעתך:

- 1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- 2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- 3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- 4. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- 5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות ליטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- 6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- 7. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"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 למוקד השירות 2735 *

8. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב"ן:

- א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פלטיום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנוכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בבטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'ההשקל הראשון').
- ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (לתלא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

הצהרת המועמדים לביטוח

- 1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- א. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- ב. בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס.
- האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן ☐ לא ☐

2. הליך הצטרפות:

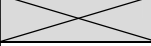
ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

☐ 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**).

ויתור על סודיות רפואית

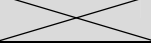
אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

חתימת המועמדים לביטוח

	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
				
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

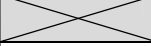
א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או יהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתן של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
				
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ב. הרינו להודיעך 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.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 521802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" ישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

	תאריך	שם המבטח	מספר זהות	חתימה
				
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

תקופת הביטוח

10 שנים, החל מיום 1.12.2013 ועד ליום 30.11.2023.
הכיסוי הסייעדי בתוקף עד ליום 31.12.2016 בהתאם להנחיות הפיקוח על הביטוח.

עיקרי הכיסויים בפוליסה(*)

רובד בסיסי - "בראות חובה"

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
ד'	השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל	השתלה הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. (ללא תקרה). הוצאות רפואיות בגין השתלה אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 4,500,000 ש"ח. גמלה לאחר ביצוע השתלה בסך של 7,000 ש"ח לתקופה של 24 חודשים. טיפול מיוחד בחו"ל טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרת שיפוי בגובה 800,000 ש"ח.
ה'	תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות	כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי בריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות, בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות כמפורט בתנאי הפוליסה ובין היתר - תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואשר לשימוש הנדרש, בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי הפוליסה. עד 4,000,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח.
ו'	הוצאות רפואיות מיוחדות	שיפוי בגין ההוצאות הרפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, בהתאם לרשימת המחלות מהמפורטות בפוליסה. שיפוי בסך 50,000 ש"ח בעת גילוי מחלה קשה. במקרה של גילוי מחת סרטן השיפוי יהיה עד לסך 100,000 ש"ח.
ז'	ביטוח סיעודי	תשלום גמלת סיעוד של 4,000 ש"ח לחודש לתקופה מקסימלית של עד 60 חודשים או רכישת הרחבה לתקופת פיצוי לכל החיים, בגין מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאות, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מ- 3 מתוך 6 הפעולות המפורטות בפוליסה ו/או מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש", כהגדרתה בפוליסה, שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. בנוסף, מבוטח זכאי לגמלת סיעוד נוספת של 100 ש"ח לחודש בגין כל שנת חברות בפוליסה זו ועד 1,000 ש"ח. ניתן לרכוש עד 2 יחידות פיצוי בסך 2,500 ש"ח ליחידה לתקופת פיצוי של 60 חודשים.
ח'	בדיקות אבחוניות והתייעצויות עם מומחים	עד חמש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת, ועד סך של 800 ש"ח לכל התייעצות, בהשתתפות עצמית של 20%.
ט'	הסדר עזרה וסיוע	המבטח יפעיל מערך הסדר וסיוע למבוטחים ומשפחותיהם לצורך קבלת ו/או מימון שירותים רפואיים.
י'	כתב שירות רופא בבית הלקוח ומוקד מידע טלפוני וייעוץ רפואי	קבלת שירותים רפואיים ייחודיים ע"י נותני שירות שבהסכם. השירותים הנכללים: רופא עד הבית, מוקד מידע וייעוץ רפואי.
י"א	לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים	שירותים בנושא: יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, הרזיה רפואית, גמילה מעישון, הפגת מתחים, מאמץ אישי - טיפוח כושר גופני, רשת מוכני כושר.
י"ב	כיסוי ביטוחי לטיפול שניניים על-פי מפרטי הטיפולים	סוגי הטיפול: עקירות, טיפולי חניכיים (פרודונטליים), שתלים דנטאליים.
י"ג	ביטוח תאונות ומחלות (פרק שיחול על העובדים בלבד)	כיסוי לפגיעה או ליקוי גופני או נפשי או שבר כתוצאה מתאונה הכולל: מחלה, פטירה, נכות, שבר, כוויות בכפוף להגדרות בפרק.

רובד רשות

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
ד'1	ניתוחים	כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ובשל הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח - לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. שב"ן - "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב". ככל שמבוצע לא אצל ספק הסדר, החזר העלות יהא עד תקרת עלות ספקי ההסדר בלבד כפי שמפורסם באתר החברה, עבור הניתוח שבוצע.

רובד רשות

פרק	שם כיסוי	כיסויים וסכומי ביטוח עיקרי
ט"ו	שירותים רפואיים נוספים	הכיסוי יינתן לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי, ייעוץ פסיכולוגי, אביזרים רפואיים, מנוי למשדר קרדילוגי, שמירת אחות בעת אשפוז, טיפולי שירום (שלא לאחר ניתוח), כיסוי מיוחד לילדים (פיצוי בגין היעדרות מלימודים, בעיות הרטבה, אבחון בעיות התפתחות/ליקוי למידה, בעיות התפתחות), בדיקות לנשים בהריון, בדיקות גנטיות, טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית, מעקב הריון.

*הטבלאות מציגות את עיקרי הכיסויים בפוליסה ואת סכומי הביטוח העיקריים בלבד. תנאי הכיסוי המלאים וסכומי הביטוח המלאים מפורטים בגילוי הנאות ובחברת תנאי הפוליסה. התנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה החתומה בין הצדדים.

לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, תקופות אכשרה, תקופות המתנה והשתתפות עצמית. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות להראל ולקבלם בכתב בחוברת תנאי הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב - ש"ח *

פרמיה	גיל המבוטח	הכיסוי הביטוחי
23.81 ש"ח	גיל אקטוארי של כל העובדים	רובד בסיסי - בריאות חובה הצטרפות אובליגטורית
4.82 ש"ח	עד גיל 21	רובד בסיסי - "בריאות חובה" הצטרפות וולונטארית
23.81 ש"ח	22-30	
	31-35	
	36-40	
	41-45	
	46-50	
	51-55	
	56-60	
	61-65	
159.93	65 ואילך	
28.35 ש"ח	גיל אקטוארי של העובדים הקבועים	רובד נוסף - "ביטוח ניתוחים" - הצטרפות אובליגטורית
4.82 ש"ח	עד גיל 21	רובד נוסף - ביטוח ניתוחים הצטרפות וולונטארית
30.05 ש"ח	22-30	
	31-35	
	36-40	
	41-45	
	46-50	
	51-55	
	56-60	
	61-67	
	68 ואילך	
9.64 ש"ח	עד גיל 21	רובד נוסף - ביטוח שירותים נוספים
36.29 ש"ח	22-30	
36.29 ש"ח	31-35	
23.81 ש"ח	36-40	
	41-45	
	46-50	
	51-55	
	56-60	
	61-67	
	68 ואילך	

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.11.2013.
בתום 12 חודשים יערך חישוב לצורך התאמת דמי הביטוח בפוליסה ליתרת תקופת הביטוח ויתכן שיבוצע עדכון של דמי הביטוח.

הצהרת בריאות- לכיסויי בריאות וסיעוד (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 [], לדוגמא [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) במידה ויש סימון כוכבית (*) לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב 5 השנים האחרונות.

שאלות כלליות		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
מגיל 6 בלבד	גובה בס"מ												
	משקל בק"ג												
1	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי												
2	האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי												
3	האם אושפזת מעל ל- 3 ימים ב 3 השנים האחרונות? [23]												
4	האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת/ או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרטי/ 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, נידודות/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 (מיורולוגיה) 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	עניים 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												

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

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת לז/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/הם.

שם סוכן	תאריך	חתימה
		