

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הזרע סידיס ובני משפחותיהם

טופס זה אינו בא לגרוע מתנאי ההסכם לביטוח בריאות קבוצתי בין חברת הרע סידס בע"מ ואיילון חברה לביטוח בע"מ ומתנאי הפוליסה המהווה נספח לו, ובכל מקרה של סתירה או אי תנאי ההסכם והפוליסה הנ"ל לבין התנאים וההצהרות בטופס זה, יגברו הראשונים.

טופס זה מיועד לעובדים ובני משפחותיהם המצטרפים לביטוח או מרחיבים את הכיסוי:

פרטי העובד/ת:

[illegible]

טלפון נייד	טלפון	מיקוד			רחוב ומספר	ישוב

ב / ז				☐ לא ☐ כן, שם התכנית _____		
מיו	תאריך לידה			משלים קופת חולים	קופת חולים	דוא"ל

☐ הנבי מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי מורחב (פרקים ז' - ט').

☐ במסלול ניתוחים משלים שב"ן / ☐ במסלול ניתוחים מורחב מהשקל הראשון

פרטי בן/בת זוג:

[illegible]

☐ לא ☐ כן, שם התכנית _____					נ / ז
קופת חולים	משלים קופת חולים	תאריך לידה		מין	

☐ הנבי מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי מורחב (פרקים ז' - ט')

☐ במסלול ניתוחים משלים שב"ן / ☐ במסלול ניתוחים מורחב מהשקל הראשון

פרטי ילדי / נכדי העובד/ת (עד גיל 30):

שם הילד	תעודת זהות	תאריך לידה	מין
1.			ז / נ
2.			ז / נ
3.			ז / נ
4.			ז / נ

☐ הנני מבקש/ת לצרף את נכדי לביטוח הבסיסי (פרקים ה' – ו') בלבד

□ הנני מבקש/ת לצרף את ילדי מעל גיל 30 לביטוח הבסיסי (פרקים ה' – ו') בלבד

☐ הנני מעוניין/מעוניינת לרכוש לילדיי כיסויי מורחב (פרקים ז'-ט')

☐ במסלול ניתוחים משלים שב"ן / ☐ במסלול ניתוחים מורחב מהשקל הראשון

פרטי ילדי/ נכד העובד/ת (מעל גיל 30):

שם הילד	תעודת זהות	תאריך לידה	מין
1.			ז / נ
2.			ז / נ
3.			ז / נ
4.			ז / נ

☐ הנני מבקש/ת לצרף את ילדיי לביטוח הבסיסי (פרקים ה' – ו') בלבד

☐ הנני מעוניין/מעוניינת לרכוש לילדיי כיסויי מורחב (פרקים ז'-ט')

☐ במסלול ניתוחים משלים שב"ן / ☐ במסלול ניתוחים מורחב מהשקל הראשון

חתימת העובד/ת

תאריך

אופן התשלום והגביה

אופן התשלום: חודשי

אופן הגביה: ☐ למבוטח איילון בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על-פי אמצעי התשלום בפוליסה מס' _____

ובתנאי שאני המשלם.

☐ כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ ויזה ☐ דינירס ☐ לאומי קארד

שם בעל כרטיס האשראי: _____ מספר ת"ז: _____

מספר כרטיס אשראי: _____ תוקף: ____/____/____

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לאיילון חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני 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 תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על-ידי חברת הביטוח.

אם בעל הכרטיס אינו המועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	חתימת בן / בת הזוג

הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

2. הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבוטח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן – "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

בחתימתי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

חתימה

תאריך

הצהרת בריאות לביטוח בריאות קבוצתי עבור עובדי הזרע סידים ובני משפחותיהם

יש למלא הצהרה זו רק באם נדרש (למצטרפים לאחר סיום תקופת חלון ההזדמנויות) או להרחבה וולונטארית הצהרת הבריאות חלה על כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם אחת או יותר מהתשובות חיובית, נא לציין במי מדובר ולצרף מסמכים רפואיים עדכניים על מנת לאפשר חיתום מהיר. (אם חסר מקום לפירוט הבעיות הרפואיות, יש לפרט בדף נוסף ולצרף לטופס זה)

נא לפרט לגבי כל מבוטח	ת. גילוי המחלה/בעיה	ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		עובד		
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												האם את/ה סובלת/ או סבלת מ- (סמן ב- X)
												מחלת לב ו/או מחלת כלי דם
												אירוע מוחי TIA, C.V.A.
												מחלה ממארת ב-5 שנים האחרונות – אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג
												האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע- יש לפרט את הטיפול התרופתי והסיבה לנטילתו
												האם עברת השתלה בעבר, או ניתוח או אשפוז ב-3 השנים האחרונות או ידוע לך על צורך בהשתלה, ניתוח או אשפוז?
												האם הינך מוגבלת/בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת
												ליקוי בריאותי הקשור לכבד, ריאות, כליות
												פגיעה בעמוד שידרה (חוליות עמוד שדרה, פריצת דיסק)
												מחלת פרקינסון, ניוון עצבים, ניוון רשתית, עיוורון, טרשת נפוצה, אלצהיימר, דמנציה
												נכות שנקבעה בשיעור 75% ומעלה
												סכרת תלויה באינסולין

פירוט :

שם	ת.ז.	תאריך	חתימה
העובד/ת	_____	_____	_____
בן/ת הזוג	_____	_____	_____
ילד/ה מעל גיל 18	_____	_____	_____
ילד/ה מעל גיל 18	_____	_____	_____