

## טופס הצטרפות לפוליסת "בריאות טובה" לחברי מועדון טוב ובני משפחותיהם כולל הצהרת בריאות

**טופס זה מיועד לחברי מועדון טוב ובני משפחותיהם\* אשר מבקשים להצטרף לרובד הבסיס ולרובדי הרשות בביטוח.**

\*חבר המבקש להצטרף לרובד ביטוח הבסיסי או לאחד או יותר מרובדי ביטוח הרשות, זכאי לבקש את צירופם של בני משפחתו (בן/ת זוגו, ו/או כל אחד מילדיו עד גיל 23) לאותם רובדי ביטוח להם ביקש להצטרף. משמע החבר וכל אחד מבני משפחתו יבוטחו באותם רובדי ביטוח.

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס באיילון חברה לביטוח: \_\_\_\_\_ או למייל \_\_\_\_\_.  
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' \_\_\_\_\_.

### 1. פרטי החברה/ה:

שם משפחה				שם פרטי				תאריך תחילת עבודה				תעודת זהות			
ישוב				רחוב ומספר				מיקוד				טלפון			
שם קופת חולים				האם בידך רובד משלים קופת חולים (מכבי מגן זהב, כללית מושלם, לאומית ועוד, מאוחדת)				תאריך לידה				מין		מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____								זכר / נקבה		<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ג	
כתובת מייל:				פקס:											

### 2. פרטי בן/בת זוג:

שם משפחה				שם פרטי				תעודת זהות			
קופת חולים				משלים קופת חולים				תאריך לידה			
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____				מין			
								זכר / נקבה			
כתובת מייל:				פקס:							

### 3. פרטי ילד החברה/ה:

שם ושם משפחה של הילד	תעודת זהות	תאריך לידה	מין
1.			זכר / נקבה
2.			זכר / נקבה
3.			זכר / נקבה
4.			זכר / נקבה

הנני מעוניין לרכוש עבורי רובד ביטוח בסיס - השתלות ניתוחים וטיפולים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה.

הנני מעוניין לרכוש עבורי רובד הרחבה ראשון - ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

הנני מעוניין לרכוש עבורי רובד הרחבה שני - שירותים רפואיים נוספים (שירותים אמבולטוריים: התייעצות עם רופאים מומחים, בדיקות רפואיות אבחוניות, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, יעוץ פסיכולוגי, בדיקות הריון, התפתחות הילד, רפואה משלימה).

הנני מעוניין לרכוש רובד הרחבה שלישי - תאונות אישיות (נכות, מוות, שברים, כוויות, הוצאות רפואיות, פיצוי במקרה של סיעוד כתוצאה מתאונה).

הנני מעוניין לרכוש עבורי רובד הרחבה רביעי - פיצוי שבועי בגין היעדרות מעבודה או פיצוי שבועי בגין היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה או מחלה.

הנני מעוניין לרכוש עבורי רובד הרחבה חמישי - פיצוי כספי במקרה גילוי מחלות קשות.

תאריך שיחה/ מילוי הטופס \_\_\_\_\_

סה"כ פרמיה: \_\_\_\_\_

שעת שיחה: \_\_\_\_\_

שם נציג: \_\_\_\_\_

## 4. הצהרת בריאות

\*תקפה אך ורק למבוטחים החייבים למלא הצהרת בריאות בכפוף לתנאי ההצטרפות אשר בפוליסה.

שאלות כלליות		חבר		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
מעל גיל 6		גובה בס"מ									
		משקל בק"ג									
האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב- 3 השנים האחרונות? נא פרטי/י											
האם עברת השתלה או ידוע לך לעבור השתלה? נא פרטי/י											
האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/י											
מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)											
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
האם את/ה סובל/ת או סבלת מ- (סמן ב-X): מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: <input type="radio"/> מערכת העצבים <input type="radio"/> אירוע מוחי <input type="radio"/> אפילפסיה <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות <input type="radio"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינה/ו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי		כן		לא		כן		לא		כן	
עניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)											
מערכת לב וכלי דם: <input type="radio"/> לב <input type="radio"/> כלי דם <input type="radio"/> מחלת דם מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 3 השנים האחרונות: <input type="radio"/> סוכרת מטופלת באינסולין											
מערכת הנשימה: <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה <input type="radio"/> אסטמה											
מערכת העיכול: <input type="radio"/> קיבה <input type="radio"/> מעיים <input type="radio"/> ושת <input type="radio"/> כבד											
מערכת השתן: <input type="radio"/> כליות <input type="radio"/> דרכי השתן											
אורטופדיה ומערכת השלד: <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים											
גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות- אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג											
לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> שדיים <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית <input type="radio"/> בעיות פריון <input type="radio"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____											
האם הנך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?											
האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים											

אם השבת כן לאחת מן השאלות, יש לפרט:

---



---



---



---



---



---

### הצהרות:

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות בעקיפין למצב בריאות קיים בהתאם להגדרות הפוליסה.

חתימות המבוטח/ת הראשית (החבר/ה) ובני המשפחה המצטרפים להסכם שגילם 18 ומעלה:

<u>שם</u>	<u>ת.ז.</u>	<u>תאריך</u>	<u>חתימה</u>	
_____	_____	_____	_____	חברה
_____	_____	_____	_____	בן / בת זוג
_____	_____	_____	_____	ילד/ה מעל גיל 18
_____	_____	_____	_____	ילד/ה מעל גיל 18

### תנאי הכיסוי הקובעים הינם על פי תנאי הפוליסה

\_\_\_\_\_   
חתימת העובד/ת

\_\_\_\_\_   
תאריך

## **הוראה לחיוב באמצעות בעל כרטיס אשראי**

לכבוד

**IC MEGA – (הגורם המסלק)**

**פרטי המשלם:**

שם משפחה										שם פרטי										תאריך לידה										תעודת זהות/מס' דרכון																			
ישוב										רחוב ומספר										מיקוד										טלפון										טלפון נייד									
מצב אישי:																																																	
<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן , + ילדים																																																	
כתובת מייל:																																																	
מין:										זכר / נקבה										פקס:																													

**הצהרת המשלם:**

תאריך:	שם המשלם:	מספר זהות:	חתימה:
_____	_____	_____	_____

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים ששם נקוב הטופס ההצטרפות, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה והוראות תנאי הפוליסה. ידוע לי כי באחריותי להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.

### **תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי**

**פרטי כרטיס אשראי**

ויזה    ישראלכרט    דיינרס    אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ / / / / / / / / / / / / / / / / /

בתוקף עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים ששם נקוב בטופס ההצטרפות וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזר באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה. יודגש, כי כל תשלום אחר, אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן יבוצע לפקודת המבוטח או המוטב בכפוף להוראות הפוליסה והדין. אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י \_\_\_\_\_ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה ל\_\_\_\_\_ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט \_\_\_\_\_ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי ל\_\_\_\_\_. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל תחודש אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך:	שם בעל הכרטיס:	מספר זהות:	חתימה:
_____	_____	_____	_____

לראייה באתי על החתום: