

טופס הצטרפות לביטוח בריאות לחברי ארגון סגל המחקר ובני משפחותיהם

אופן ההצטרפות:

הצטרפות חברי הארגון ובני הזוג עד גיל 67, ילדי חברים עד גיל 24, ילדי חברים מעל גיל 24 ובני/נות זוגם וילדיהם (נכדי החברים) הינה וולנטרית ותתאפשר לאחר מילוי הצהרת הבריאות וקבלת אישור מהמבטח. (דוגמא)

פרטי החבר/ה עד גיל 67

שם פרטי				שם משפחה			
נ / ז							
מין	משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות			
ת. תחילת עבודה		טלפון	דוא"ל	כתובת			

הנני מעוניין להצטרף לתוכנית הביטוח

פרטי ילד/ה של חבר/ה מעל גיל 24

מין	משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות				שם בן/בת הזוג
נ / ז								

הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לתוכנית הביטוח

פרטי בן/בת הזוג של ילד/ה של חבר/ה מעל גיל 24

מין	משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות				שם בן/בת הזוג
נ / ז								

הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לתוכנית הביטוח

ילדים עד גיל 24 (נכדיו/ה של חבר/ת הארגון)

מין	משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות				שם הילד	
נ / ז									1.
									2.
									3.
									4.

הנני מעוניין לצרף את ילדיי לתוכנית הביטוח

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 לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ותוך תקופת האכשרה.

הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי החולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות צה"ל למסור ל"כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, אני או ילדי, ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי, כנ"ל שלי או של ילדי, ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באיי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

הצהרה על מוגבלות

האם את/ה מגדיר את עצמך ו/או את אחד מהמועמדים האחרים כ"אדם עם מוגבלות" בהתאם לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, דהיינו - אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודך באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים?

לא

כן, נא לפרט: שם המועמד _____ פירוט _____
כן, נא לפרט: שם המועמד _____ פירוט _____

חתימת ילד/ה בוגר/ת

תאריך

חתימת בן/בת זוג

תאריך

הצהרת בריאות לביטוח לחברי ארגון סגל המחקר ובני משפחותיהם

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)

שם המבוטח:											
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:											
ילד/ה 4		ילד/ה 3		ילד/ה 2		ילד/ה 1		בן/ת זוג		חבר/ה	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

1. האם הנך מקבל תרופות ו/או טיפול רפואי כלשהו באופן קבוע או נמצא תחת השגחה רפואית?

2. האם אושפזת ו/או נותחת או יעצו לך לעבור ניתוח?

3. האם נקבעו לך אחוזי נכות (קבועים/זמניים)?

4. האם הנך סובל או סבלת מאחת מהמחלות הבאות: מחלה ממארת, גידול סרטני, איידס (כולל נשא נגיף האיידס) מחלות לב או מומי לב, כלי דם, כליה, כבד, סוכרת, יתר לחץ דם, גב ועמוד שדרה, כלי נשימה, צהבת, כלי עיכול וגידול שפיר?

5. האם הנך סובל או סבלת מאחת מהמחלות הבאות: מחלות של מערכת העצבים, שטף דם מוחי (C.V.A), מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן פרקינסון, אלצהיימר, דמונציה, הפרעות נפשיות, מחלות עיניים, מחלות אוזניים ו/או מחלות עור?

6. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות או בדיקות הדמיה או ניתוח כלשהו בעתיד?

פירוט:

חתימת ילד/ה בוגר/ת

חתימת בן/בת זוג

תאריך

תאריך