

טופס בקשה ה策טרופות לביטוח בריאות קבועתי לעובדי המכלה האקדמית להנדסה סמי שמעון ובני משפחותיהם

תאריך: \_\_\_\_\_ תאריך תחילת העסקה: \_\_\_\_\_

נא לסמן ב- A את הביטוח המבוקש:

- רובד בסיס-** השתלות בארץ ובחול"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כוללות בסל הבריאות ניתוחים בחו"ל.
- רובד מורחב-** כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ מ"שקל ראשון" / "משלים שב"ן", שירותים אמבולוטוריים.

במידה ונבחר רובד מורחב יש לבחור אחד מבין המסלולים הבאים:

- ביטוח בריאות – ניתוחים מהשקל הראשון
- ביטוח בריאות – ניתוחים משלים שב"ן\*

\*לידיעותך, באפשרותך לרכוש ביטוח לבני ש"ן מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולו ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, **שהם מעיל ומעבר להשתתפות השב"ן** (שירותי בריאות נוספים בקופות החוליםים). להוחר תגמולים בגין ניתוח בישראל על המבוטח לפנותו لكופת החוליםים בה הוא חבר למימוש זכויות ע"פ השב"ן וכן לפנותו למונרה מבטחים בע"מ למימוש זכויותו ע"פ הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמכרים מדמי הביטוח המשולמים בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. מבטחים שורשו תוכנית בריאות לבני ש"ן תינתן להם ברות ביטוח ללא תלות, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר لكופת החוליםים אחרת, לפנות לסוכן הביטוח ו/או למבטחת ולבקש להцентр לפוליסת כיסוי מלא תוך 60 ימים מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר لكופת החוליםים אחרת.

פרטי המועמדים לביטוח:  
מボטח/ת וראשי/ת (העובד/ת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	גובה	משקל	מין	תאריך לידיה	שם רופא מטפל וכותבו	סניף	קופת החולים
									קס: _____ כתובת המועמד: רחוב _____ טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	גובה	משקל	מין	תאריך לידה	שם רופא מטפל וכותבו	סניף	קופת החולים
									קס: _____ כתובת המועמד: רחוב _____ טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

פרטי הילדים (נכדים)

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	גובה	משקל	מין	תאריך לידה	שם רופא מטפל וכותבו	סניף	קופת החולים
.1.									
.2.									
.3.									
.4.									

פרטי קופת החולים של הילדים

קופת החולים	שם רופא מטפל וכותבו	סניף
קס: _____ כתובת המועמד: _____ טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____		

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המבוטח הראשי/ת: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם המבוטח השני/ה: \_\_\_\_\_  
חותימה: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

רפואי	שם מועמד שני	שם מועמד ראשי	證明ה	מבחן	מבחן	ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	לא כן				
אם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטוות להלן: אם התשובה היא כן, נא מלא שאלון ופרטים מלאים.														
מחלות עצבים, מחלות נשפה, הפרעות שינה, אפילפסיה, אירוע מוחי.														
מחלות ריאות ו/או דרכי נשימה.														
הפרעות בספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, מחלות זיהומיות, מין, אידס														
מחלות לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם בעיות או מחלות במערכת עיכול: וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבב, פי הטבעת.														
מחלות בכליות ו/או דרכי השתן.														
סוכרת, בלוטת התannis, שומנים בדם, FMF או הפרעות מטבוליות/הורמונגוליות														
סרטן/מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו בעיות עור														
בעיות גינקולוגיות (נשים) בעיות בפרוסטה ו/או אשכים (גברים)														
בעיות גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת החיבור.														
האם הינו סובל ממום מולד כלשהו ו/או יש לך נוכחות כלשהיא או היקן נמצא בתהילך לקביעת אחוזי נוכחות ו/או מקבל קצבת נוכחות/אי כשור עבודה ? (פרט)														
האם נפגעת פעמי? (אם כן, פרט מתי, חלק גוף, האם נותרו תוצאות).														
האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטרו, מיפוי לב, אקו-לב, CT, MRI, אנדרוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאייר או בדיקה מיוחדת אחרת ? (אם כן, פרט)														
האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/תבצעו														
האם אושפזות או ידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית ? (פרט)														
האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו?														
(פרט)														
האם אתה סובל/סבלת ממחלה או הפרעה כרונית אחרת (פרט)														

### הצהרת המועמד/ת לבעלות על הפוליטה ומועדן/ים לביטוח

אני מצהיר, מסכימים ומתחייב בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטוות בהצעה הן נכונות ומלואות. הנני יודעת/ת כי תשיבות כוחבות או לא מלאות ביודען או בכונה מכוונת למונורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "מנורה" ו/או "הmbטחים") הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכומי הביטוח.
- ב. כל התשובות המפורטוות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למבטחים בכתב וכן התנאים המקובלים אצלן זה יישמשו בסיס לחזזה הביטוח בין/וינו לבין המבטחה והוא חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. הריני מצהיר/ה בהזאת כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמה. ידוע לי שטורת מסירת המידע היא להפקת פוליטה הביטוח וטיפול בכל העניינים הנוגעים מהפוליטה והקשרים אליה. אני מסכימים/מה כי המידע ימסר לצורך עיונו, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטויות התש"א-1981.
- ד. אני מצהיר בהזאת כי הובא לידיתי, ואני מסכימים לכך, שהפרטים שמסתרים למונורה וכל מידע נוסף שיגיע לידייתה של מונורה, יוחזק במאג'ר מידע מוחשכ בזווית גנומית לרבי נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על ידי מונורה עצמה ובין בידי מי מטעמה, לצורך קיום ומתן שירותים של תוכנית ביטוח זו.
- ה. כל ההצהרות הנוגעות לידי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאופטומרפיזים טבאיים שלהם.

שם מועמד ראשי	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך
שם מועמד שני	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך

### טופס ויתור על סודיות רפואי

לכבוד:  
אג.ג.,

אני הח"מ נותן/ת בה רשות לקופת חולמים או לכל גוף ו/או לעובדיה הרפואים והחולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלוונות צה"ל, ומשרד הביטוחן למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ, להן "הmbטחים", את כל הפרטים ללא ווצאת מהכלול ובצורה שתידרש ע"י "הmbטחים" על מנת בריאותי ו/או כל מחלת שחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בעת או אחלה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא



מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד רפואיים ומנספייכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצוות רפואי ו/או מחלותי כב"ל ומותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהינה לי אליכם כל טענה ובטעיה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב ויתור זה מחיב אותך את עזבוני ובאי כוח החוקים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לרפואתי.

שם מועמד ראשי	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך
שם מועמד שני	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך

#### התחייבות כספית

ידוע לי כי פרמיית הביטוח בגין רובד הבסיס (כהגדرتה בפולישה) משולמת על ידי המכלה האקדמית סמי שמעון (להלן: החברה) כאשר המיסים בגין זkidפת שווי הטבה זו משלימים על ידי ולפיק הנני מאשר בזה לחברת לגבות ולשלם את המיסים בגין הטבה זו ממשכורת החודשית.

בקשתי הנ"ל מהוות גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת ומארח/ת בזאת לנכות ממושכורת עבורי ועboro בני משפחתי, תשלומי פרמיות הביטוח, כדי חדש בחודשו, לפחות כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מוארכת ככל שתהיה ובכפוף לתנאי הפוליטה.

שם העובד/ת	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך