

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחתם - כולל הצהרת בריאות**

- עובד חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילד עד גיל 25) המצטרפים לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה או לאחר 90 יום מהמועד בו הפך העובד לזכאי עפ"י החלטת בעל הפוליסה.
- עובד החוזר מחל"ת ובני משפחתו (בן/בת זוג וילד עד גיל 25) המצטרפים לאחר 90 יום מיום חזרתו לעבודה אצל בעל הפוליסה.
- תינוק חדש שנולד לעובד המצטרף לאחר 90 יום מיום הלידה.
- בן/בת זוג חדש של עובד המצטרף/ת לאחר 90 יום מיום הנישואין.

תאריך תחילת העבודה/הזכאות: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מס' עובד \_\_\_\_\_

האם הינך מועסק/ת במסגרת - הסכם קיבוצי / חוזה פיתוח / חוזה אישי {אנא הקף בעיגול את הנתון הרלוונטי עבורך}

פרטי המועמדים לביטוח		מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות														
בחירת מסלול ביטוח ניתוחים	ניתוחים מלא					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0					
ניתוחים משלים שב"ן כולל ברות ביטוח	✓	נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	
		נ / ז	/ /																	

\*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי חינם  
 \*\* החבילה כוללת: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח, ניתוחים מחליפי ניתוח, ניתוחים מחליפי ניתוח בישראל (מלא או משלים שב"ן). שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות. יש לבחור מסלול ניתוחים.

<b>פרטים נוספים</b>	<b>שם קופת חולים</b>	<b>סניף</b>	<b>שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:</b>
עובד/ת			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	ישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון בעבודה:	טלפון נייד:	
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה): @			
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ והפניקס גמול פנסיה בע"מ:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.			

<b>תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות.</li> <li>• מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת.</li> <li>• מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.</li> </ul>

<b>שם העובד/ת</b>	<b>מס' תעודת זהות</b>	<b>תאריך</b>	<b>חתימה</b>
		/ /	

**במקרים בהם המועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות?**

מועמד ראשון		מועמד שני		מועמד שלישי		מועמד רביעי		מועמד חמישי		מועמד ששי		שאלון הצהרת בריאות האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה?
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
												מועמד ראשון: גובה _____ משקל _____ מועמד שני: גובה _____ משקל _____ מועמד שלישי: גובה _____ משקל _____ מועמד רביעי: גובה _____ משקל _____ מועמד חמישי: גובה _____ משקל _____ מועמד ששי: גובה _____ משקל _____ האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? _____
												1. האם היית נבדקת על ידי רופא ו/או התייעצת עם רופאבשנה האחרונה עקב תופעה גופנית, מיחושים, כאבים בחלקי גוף שונים או תאונה (למעט ביקורי שגרה כגון: דלקות גרון, נזלת, שפעת)?
												2. האם הינך נוטל תרופות שנרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך ליטול תרופות שנרשמו לך על ידי רופא לתקופה העולה על שלושה שבועותבשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)
												3. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות (כולל למטרת ניתוח)? (נא לציין סיבת אישפוז ולצרף דו"ח אישפוז אם קיים)
												4. האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הינך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? (נא למלא שאלון נוסף)
												5. האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: ביופסיה, צינתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה)? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף) האם עברת או הומלץ לך לעבור בחמש השנים האחרונות בדיקות כגון צילומי רנטגן, CT, MRI, אולטרהסאונד, אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)
												6. האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)
												7. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____ מספר שנים _____ אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון _____
												8. האם הינך צורך משקאות חריפים? צריכת סמים? (נא למלא שאלון נוסף)
												9. האם חלית ו/או אובחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:
												9.1 <b>מחלות לב וכלי דם לרבות:</b> א. מחלת לב איסכמית, אנגינה פקטוריס, תעוקת חזה, כאבים בחזה, מחלת כלי דם קורונריים, התקף לב/אוטם שריר הלב, עברת צינתור או ניתוח מעקפים, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב? ב. האם הושלת בגופך קוצב לב או תומכן (סטנט). ג. יתר לחץ דם (בחמש השנים האחרונות), הפרעות בזרימת הדם בגפיים, דליות ורידים מודלקות DVT? פקקת ורידים קריש דם (טרומבזה), תסחיף, איוושה, מפרצת? (נא למלא שאלון נוסף)
												9.2 <b>מערכת העצבים והמח לרבות:</b> אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), אפילפסיה. כאבי ראש כרוניים בחמש השנים האחרונות, מיגרנה, התעלפויות חוזרות, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקוי קואורדינציה? הפרעות קשב וריכוז, ADD, ADHD, לקויות שכליות, אוטיזם, תסמונת דאון? (נא למלא שאלון נוסף)
												9.3 <b>מחלות מערכת העיכול, חלל הפה והלסת, לרבות:</b> קרוהן, אולסרטיב קוליטיס, מעי רגיז, כיב ("אולקוס"), ריפלוקס, צרבות? מחלות כבד, שחמת-צירוזיס, אבנים בכיס המרה, צהבת-הפטטיס מכל סוג שהוא (כולל נשאות)? טחורים, דימום רקטלי, אבנים בבלוטות הרוק, פגיעה בלסתות, שפה/ חך שסוע/ה? (נא למלא שאלון נוסף)

שאלון הצהרת בריאות						האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה?									
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד ששי	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
														<p><b>מחלות במערכת ההפרשה פנימית, לרבות:</b>            סכרת, טרום סוכרת-עלייה ברמת הסוכר בדם הפרעות בלב-פנקריאס, הפרעה בבלוטת התריס (תירואיד, בלוטת המגן), הפרעה בחילוף חומרים- הפרעה בתפקוד בלוטות, עודף שומנים בדם, גאוז, הזעת יתר, הפרעה הורמונלית? (נא למלא שאלון נוסף)</p>	9.4
														<p><b>מחלות עיניים והפרעה בראייה, לרבות:</b>            עיוורון, ירוד-קטרקט? פזילה, עין עצלה? קרטוקונוס, היפרדות רשתית, גלאוקומה- לחץ תוך עיני גבוה, אובאיטיס? האם הינך מרכיב משקפיים/ עדשות מגע (איזה מספר)? האם יש בעייה בהתאמת המשקפיים לראייה?</p>	9.5
														<p><b>מחלות והפרעות במערכת אף אוזן גרון, לרבות:</b>            דלקות אוזניים חוזרות? הפרעות שמיעה, הפרעות בשיווי משקל? פוליפים / אדנואידים בדרכי הנשימה, דום נשימה, בדיקה במעבדת שינה (הפרעות שינה/ נחירות)? סינוסיטיס? סטיות במחיצת אף? דלקות שקדים חוזרות? יבלות על מיתרי הקול?</p>	9.6
														<p><b>מחלות/ כאבים במערכת השלד והמפרקים/ ראומטולוגיה, לרבות:</b>            ליקויים בעמוד השדרה, כאבי גב (ציין איזור), בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקות פרקים, ארטריטיס, מחלות ריאומטולוגיות, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס, אוסטיאופניה), ליקויים ב-: אגן, פרק הירך, ברכיים, כתפיים, מרפקים, קרסול, כף היד, כף הרגל, הלוקסוולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות, פיברומיאלגיה? (נא למלא שאלון נוסף)            (בבריחת סידן יש להמציא בדיקת צפיפות עצם אחרונה)</p>	9.7
														<p><b>מחלות והפרעות במערכת הנשימה, לרבות:</b>            אסטמה, ברונכיט כרוני, אמפיזמה-נפחת, חסימה כרונית בדרכי הנשימה- COPD סיסטיק פיברוזיס, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת? (נא למלא שאלון נוסף)</p>	9.8
														<p><b>מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, לרבות:</b>            אי ספיקת כליות, הידרונפרוזיס, אבני כלייה, אבנים בדרכי השתן, ציסטות בכליות ובדרכי השתן, צניחת שלפוחית השתן, ריפולקס בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?</p>	9.9
														<p><b>גידולים, מחלה ממארת (סרטן), לרבות:</b>            גידולים שפירים, גידולים ממארים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, סרטני עור לרבות: מלנומה, BCC? (נא למלא שאלון נוסף)</p>	9.10
														<p><b>מחלות דם, לרבות:</b>            אנמיה, פוליציטמיה, בעיות בטסיות, כדוריות דם לבנות, טלסמיה, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA), תסחיף, טחול מוגדל, כשל חיסוני</p>	9.11
														<p><b>מחלות ותופעות בעור, לרבות:</b>            פסוריאזיס, כתמי לידה, נקודות חן במעקב, דרמטיטיס/ אקזמה-גרד?</p>	9.12
														<p><b>מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות), לרבות:</b>            FMF, לופוס-זאבת?</p>	9.13
														<p><b>מחלות הנפש:</b>            האם אובחנת או נשלחת לאיבחון בחשד למחלות נפש, דיכאון, חרדה, נסיון התאבדות, פסיכוזא, הפרעה דו-קוטבית / ביפולארית, מניה דיפרסיה, סכיזופרניה, PTSD? האם הופנית לפסיכולוג או פסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?</p>	9.14
														<p><b>איידס:</b>            נשאות של נגיף האיידס, HIV, טיפול במחלת האיידס</p>	9.15
														<p><b>מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, לרבות:</b> הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, ליקוי באשכים, אשך טמיר, היפוספדיאס? עיוותים באיבר המין? בעיות פריון? קונדילומה?</p>	9.16

מועמד ראשון		מועמד שני		מועמד שלישי		מועמד רביעי		מועמד חמישי		מועמד ששי		שאלון הצהרת בריאות האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה?	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
												9.17	<b>מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון, לרבות:</b> הפרעות מחזור, שחלות פוליציסטיות, אנדומיטריוזיס מיומות, גידולים ברחם, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות מסיבות רפואיות, בעיות פריון? שדיים פיברוציסטיים? ניתוחי הגדלה/הקטנה של השדיים? ניתוחים קיסריים בעבר? צניחת רחם, קונדילומה, נשאות HPV (וירוס הפפילומה)? האם הינך בהריון? באיזה שבוע?
												9.18	<b>בקע/ הרניה- לרבות בקע מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי?</b>
												10	<b>ילידים (עד גיל 18):</b> א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. ילדים עד גיל 3 – האם נולד פג? במקרה וכן, יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.
												11	<b>הסטוריה משפחתית:</b> <b>למיטב ידיעתך,</b> האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סכרת, שבץ מוחי? (נא לציין קירבה ומחלה)

שאלוני המשך
אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים. בנוסף, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.
בשאלות ובליקויים הבאים יש למלא שאלון המשך: 4-נכויות/פציעות, 7- שאלון עישון/סמים ושתייה, 9.1-מחלות לב ויתר לחץ דם, 9.3-דרכי העיכול, 9.4-סוכרת, 9.7-גב, עמוד השדרה, פרקים, ארטריטיס, ראומטיזם, 9.7- בריחת סידן-יש להמציא בדיקת צפיפות עצמות אחרונה 9.8-דרכי הנשימה, 9.10-גידולים, מחלות ממאירות-סרטן, לוקמיה..

פירוט ממצאים חיוביים				
שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם בן/ת בזוג	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

מינוי מוטבים למקרה מוות						
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קירבה	% חלקים	עובד/ת
			ז / נ			
			ז / נ			בן/בת זוג

### הצהרת המועמדים לביטוח

הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.  
 כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות.  
 ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.  
 ידוע לי שעליי להשיב תשובה מלאה וכנה על השאלות המפורטות בטופס הצעה זה מאחר והינם בעניינים מהותיים לקבלה לביטוח ויכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.  
 הריני לאשר קבלת העתק של גילוי הנאות של הפוליסה הקבוצתית, ידוע לי כי הגילוי הנאות מהווה תמצית בלבד של חלק מתנאי הפוליסה וכי בכל מקום של סתירה, תנאי הפוליסה הם המחייבים.

**אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.  
 ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי והפרמיות עבור בני משפחתי ינוכו משכרי.**

### משלים שב"ן – גילוי נאות

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופת החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- הביטוח כולל ברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

### הצהרת המבוטחים למשלים שב"ן

- אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
- אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חבר/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".  
 הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הצהרה בשמם כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת.

### הוראות כלליות

דמי הביטוח החודשיים בש"ח\*\*

סוג מבוטח	מסלול ניתוחים מלא מהשקל הראשון*
עובד/ת	94 ₪
בן/בת זוג	94 ₪
ילד עד גיל 25	29 ₪
ילד בוגר מעל גיל 25	94 ₪

\* ניתן לרכוש מסלול ניתוחים משלים שב"ן בעלות מופחתת ב- 5% מדמי הביטוח הנקובים לעיל.  
 \*\* דמי הביטוח צמודים למדד שפורסם בתאריך 15/04/2016 (כמפורט בתנאי הפוליסה).

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	