

## הצעה לביטוח "בריאות V.I.P מורחב" תוקף הטופס עד 12/2011

שם הסוכן	מס' הסוכן
מס' הצעה	תאריך מבוקש להתחלת הביטוח

### א. פרטי המועמדים לביטוח

מבטוח ראשי	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	
						זכר	נקבה
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
בן/בת זוג						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילדים	1					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתובת מגורים	רחוב		מספר בית	עיר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
פרטים נוספים	מבטוח ראשי	עיסוק	שם קופת החולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל	
	בן/בת זוג	עיסוק	שם קופת החולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל	
כתובת דואר אלקטרוני	@						

### ב. תכנית הביטוח המבוקשת (סמן ב- ✓)

מבטוח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
<b>"בריאות V.I.P מורחב" -</b> אבחון רפואי מהיר, רופא מלווה אישי, אשפוז מתאונה (סכום פיצוי יומי 400 ₪ לאחר שלושה ימי המתנה) ואשפוז ממחלה (200 ₪ פיצוי לאחר שלושה ימי המתנה).				

### ג. הצהרת הבריאות

	מבטוח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1		ילד 2		ילד 3	
			לא	כן	לא	כן	לא	כן
* <input type="checkbox"/> האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?								
<b>האם הינך סובל/סובלת בעבר או קיימת אבחנה לי:</b>								
1 <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס								
2 <input type="checkbox"/> מחלת לב [4] <input type="checkbox"/> מחלת כלי דם [7] <input type="checkbox"/> מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]								
3 <input type="checkbox"/> מחלה או הפרעה במערכת העיכול [9] <input type="checkbox"/> מחלת כבד [10] <input type="checkbox"/> מחלת צהבת [10]								
4 <input type="checkbox"/> מחלה או הפרעה בכליות [13]								
5 <input type="checkbox"/> מחלה מגבלה או שבר הקשור ב <input type="checkbox"/> מפרקים [18][19] <input type="checkbox"/> עמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20]								
6 <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות* <input type="checkbox"/> גידולי ראש*								
7 <input type="checkbox"/> מחלה תורשתית* <input type="checkbox"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* FMF								
8 <input type="checkbox"/> האם יעצו לך על ניתוח <b>שלא קשור</b> לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?								

\* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פרוט מועד תחילת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

### ד. הצהרת המועמדים לבטוח

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותנו/נו בהסכמת על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהירים מסכים/ים ומתחייבים/ים בזה כי:
  - א. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - ב. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינינו לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - ג. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לבטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
  - ד. אם קיימת תוספת לפרמיה/החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח הבריאות בה אני/נו מבטוח/ים בהראל, ידוע לי/לנו ואני/נו מסכים/ים לכך שהראל תהיה רשאית לקבוע בפוליסה זו ו/או בכל פוליסה אחרת המתנהלת אצלה כיום ו/או שתנוהל על ידה בעתיד – תנאי חיתום (לרבות החרגות ו/או תוספות רפואיות) התואמים את המידע הרפואי המצוי בידיה כיום לגבינו, ותנאי חיתום אלה יחולו בנוסף על תנאי החיתום הספציפיים, אם ייקבעו כאלה, בכל אחת מהפוליסות.

## 2. יתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאות/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב יתור זה מחייב/נו, את עצבוננו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב יתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

## 3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

א. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.  
 ב. אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או יהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור. אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל ע"י חברות אחרות בקבוצת הראל אנא סמן X להלן:  
 איני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל.  
 ג. אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כמפורט לעיל, אנא רשום את האמצעי שבו אינך מעוניין לקבל פניות.  
 ד. אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

## חתימת המצהיר

במקרה שבו הטופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות.  
**הנני מאשר/ים את ההצהרות האמורות לעיל.**  
 חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

מבוטח ראשי/  
 המצהיר בשם המועמדים \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/המצהיר ✍️ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
 בן/בת זוג:  
 \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת זוג ✍️ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
 ילד מעל גיל 18:  
 \_\_\_\_\_ חתימת ילד מעל גיל 18 ✍️ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## ה. החלפה / שינוי

האם יש בידוך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?  לא  כן, האם פוליסות לביטוח בריאות/סיעודי כולל ריידרים שבתוקף:  
 (א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?  לא  כן  
 (ב) כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה  לא  כן  
**אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא מסמך השווה לאישור וחתמתך.**

שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## ו. הצהרת הסוכן

הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)-למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/ שינוי של פוליסה בתוקף.

שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## ז. אופן התשלום

מס' טלפון	שם המשלם אם אינו המבוטח	לגביה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר
	חתימת המשלם אם אינו המבוטח	רחוב ומס' בית
	שם בעל כרטיס האשראי	סוג הכרטיס: <input type="radio"/> ריזה נא"ל <input type="radio"/> יינרס <input type="radio"/> אונוי קארד <input type="radio"/> ארטרט <input type="radio"/> מריקן אקספרס <input type="radio"/> אור
מספר זהות כולל ס"ב	מספר כרטיס האשראי	סמן ב- להלן: <input type="radio"/> באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> בהוראת קבע
תוקף הכרטיס	מספר כרטיס האשראי	
אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, ואשר מספר כרטיס האשראי שלי נקוב בהן, הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב בגין חיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.		
	חתימת בעל הכרטיס ✍️	תאריך