

תאריך _____

טופס בקשת הצטרפות לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות

פרטי המועמדים לביטוח:

שם המשפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מין		גובה	משקל	תאריך לידה
המועמד/ת הראשית			זכר	נקבה			
בן/בת זוג			זכר	נקבה			
ילד/ה 1			זכר	נקבה			
ילד/ה 2			זכר	נקבה			
ילד/ה 3			זכר	נקבה			
כתובת	רחוב ומס'	עיר	מיקוד		מס' טלפון		

ילדים עד גיל 18 בלבד.

אם המשלם אינו המועמד לביטוח:

שם המשלם	ת.ז.	טלפון	כתובת המשלם/ת (רח', מס' עיר)	מיקוד	חתימת המשלם
----------	------	-------	------------------------------	-------	-------------

אני החתום/ה מטה מבקש/ת מ-"כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "החברה") לבטח את הרשומים מעלה, בביטוח סיעודי קבוצתי "לאומית-סיעודי", בהסתמך על האמור בטופס זה. הצהרה זו מתייחסת לכל אחד מן המוטבים הרשומים בטופס זה. אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מרצוני החופשי.
- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "החברה"), ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בהתאם להוראות פרוטוקול החיתום. ידוע לי כי אם תידחה קבלתי לביטוח תהיה לי אפשרות לערער על החלטת המבטח בפני ועדת ערר.
- מסירת פרטים ומאגרי מידע:** אני מצהיר כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה ו/או קופת חולים לאומית בקשר אליי והדרוש לכם לניהול הפוליסה, יוחזקו במאגרי המידע בקופת חולים לאומית ו/או בחברה ו/או אצל מי מטעמן.

המידע הנאגר כאמור ישמש את החברה ו/או מי מטעמה לצורך בחינת הבקשה, הפקת הפוליסה, ניהול הפוליסה, מתן שירותים במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין, ולרבות לצורך פניה אלי בקשר עם הצעות בנוגע לפוליסות פרט הנזכרות בפוליסה בכל אחד מאמצעי ו/או פרטי ההתקשרות שנמסרו על ידי לקופה ו/או לחברה. המידע הנאגר כאמור ישמש את קופת חולים לצורך ניהול הפוליסה, מתן שירותי גביה במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין. ידוע לי כי לא קיימת חובה חוקית למסור את המידע וכי מסירת המידע הינה תנאי לבחינת בקשתי להצטרף כמבוטח לפוליסה ולצירופי לפוליסה כמבוטח ונעשית מרצוני ובהסכמתי.

חתימת המועמד הראשי _____ חתימת בן/בת הזוג _____

										9	מחלת סכרת תלוית אינסולין?
										10	בעיה של אי ספיקת לב?
										11	אי ספיקת כליות כרונית?
										12	מחלת כבד כרונית?
										13	האם מושגל איבר פנימי או מועמד להשתלה? כליה, לב, ריאה, לב-ריאה, כבד, לבלב?
										14	האם חולה במחלת גושה והינך מתחת לגיל 50?
										15	מחלת מקרדל?
										16	מחלת טלסמיה מייג'ור פעילה?
										17	נשא או חולה במחלת איידס?
										18	האם היית או נמצא במעקב של רופא גריאטרי או במרפאה גריאטרית ב-10 השנים האחרונות?

חתימת המועמד הראשי _____ חתימת בן/בת הזוג _____

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים
ולכל מאן דבעי

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____

הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבוטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבוטח על-ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח ו/או מי מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

חתימת המועמדים לביטוח:

תאריך: _____ / _____ / _____

חתימת המועמד הראשי _____, חתימת בן/בת הזוג _____

תאריך תחילת הביטוח	שנה	חודש	יום