



dt2062

סוג מסמך: 2062, קולקטיב מרכז: 161643

יש להעביר הטופס המלא והחתום לכתובת מייל - QLQTIIV1@HAREL-INS.CO.IL
או לפקס מס' 03-7348178
טלפון סוכנות גיל ורדי: 09-7663000 / 1-700-502-700

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי מלאנוקס טכנולוגיות ובני משפחותיהם

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:

- עובדים המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתם או מיום תחילת הביטוח (30.6.2016).
- בני משפחה המצטרפים לאחר 90 יום, מיום תחילת עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של עובד חדש.

הגני מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הקבוצתי לעובדי מלאנוקס טכנולוגיות ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים), עפ"י התנאים שבהסכם.

לידיעתך:
דמי הביטוח החודשיים עבורך ישולמו על ידי המעסיק ושווי המס בגין ההטבה ינוכו משכרך.
דמי הביטוח החודשיים עבור בני משפחתך ישולמו באמצעי גביה אישי.

שם: 2062 / 2062 ת.ד.: 312317894 תאריך: 14/12/2018 חתימה: [Signature]
תאריך תחילת העבודה: 31/12/2018

התכנית המבוקשת ☒ (נא לסמן) במקום הרלוונטי):

בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)

האם הנך מעוניין/ת לרכוש עבור בני משפחתך את תכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן

האם הנך מעוניין/ת לרכוש עבור בני משפחתך את תכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן

עובד/ת

האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים מהשקל הראשון), עפ"י תנאי הפוליסה? ☒ כן

האם הנך מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח (מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן*), עפ"י תנאי הפוליסה? ☐ כן

*שב"ן - כללית מושלם/פלטיון, "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

פרטי המועמדים לביטוח

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

מספר זהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
312317894	2062	2062	26/3/1994	ז
בן/בת זוג				
1	ילד עד גיל 25			
2				
3				
ילד בוגר מעל גיל 25				
בני משפחה נוספים				
ילד בוגר מעל גיל 25				
בן/בת זוג				
1	נכד עד גיל 25			
2				
כתובת				
רחוב		מספר בית		מיקוד
6171		17		1607144
טלפון בבית		טלפון בעבודה		טלפון נייד
046568042				0542579675
חבר/ה קופת חולים		שם קופת החולים		סניף
בן/בת זוג וילדים		שם קופת החולים		סניף
כתובת דואר אלקטרוני - מבוסס ראשי				
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים				
MH-Movds @ HOTMAIL.com				
כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים				
@				

אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר

ידיעתך:

- התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, יישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין מלאנוקס טכנולוגיות ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשה בו שימוש, לרבות עיבוד, אחסון ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות. זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).

7. למבקשים/הצטרף לכיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב"ן:

- א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פליטנו", "מכבי זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
- ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב"ן נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון").
- ד. בעת סיום חברותיך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ים לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתום/ים מטה מבקשים/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- בעת צירוף ידיים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתימתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס.

האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? ☐ כן ☐ לא

2. הליך הצטרפות:

ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלת הביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

☐ במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

ויתור על סודיות רפואית

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למסדותיה 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 ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקשים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משהרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

חתימת המועמדים לביטוח

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
	312317894	מחמוד	20/12/18	עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח ושירותי ובשיווק, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים שברשותי, עיבוד ואחסון של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ג. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" יישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
	312317894	מחמוד	20/12/18	עובד/ת
				בן/בת זוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18