

טופס הצעה לביטוח תרופות
למבוטחים בגיל 50-65
 תוקף הטופס עד 30/06/10

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

א. פרטי המועמדים לביטוח

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילדים	כתובת מגורים	פרטים נוספים
ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מספר זהות	מספר טלפון	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מין
מבוטח ראשי	בן/בת זוג	עיסוק	שם קופת החולים	שם רופא מטפל
1	2	3	רחוב	שם רופא מטפל
2	3	4	מספר בית	שם רופא מטפל
3	4	5	עיר	שם רופא מטפל
@				

ב. תכנית הביטוח המבוקשת (סמן ב- ✓)

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1 - מעל גיל 3	ילד 2 - מעל גיל 3	ילד 3 - מעל גיל 3
תרופות (904)				

ג. הצהרת הבריאות

האם אתה נמצא כעת במהלך ברור תופעה ו/או מחלה?	1	מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם אתה נמצא כעת במהלך ברור תופעה ו/או מחלה?											
האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי** או השגחתי? (**ראה הערה)											
האם אתה סובל או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת (סרטן) מחלת דם אלצהיימר או ירידה בזיכרון פרקינסון או רעד סוכרת הפרעת קשב וריכוז דלקת פרקים											

תשובה חיובית לאחת מהשאלות אינה מאפשרת רכישת הכיסוי לתרופות

****הערה:** במידה והתשובה החיובית לשאלה 2 מתייחסת לטיפול תרופתי ליתר לחץ דם /או שומנים בדם /או כולסטרול /או מדללי דם (כדוגמת אספירין) /או תת פעילות בלוטת התריס - תתאפשר קבלה לביטוח

ד. יובהר כי מקרה ביטוח שארע לפני ההצטרפות לביטוח, לא יכוסה. כלומר, מצב רפואי של מבוטח הנזקק לטיפול תרופתי על פי הוראת רופא, לפני ההצטרפות לביטוח, לא יכוסה.

ה. הצהרת המועמדים לבטוח

אני/אנו החתום/ים מטה מבקשים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותנו בהסכמת על כל האמור בהצעה זו.
 אני/אנו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
 1. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 2. 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.
 3. רשות 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
 4. אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בר יאות בה אני /אנו מבוטחים בחברה, ידוע לי כי החרגות /או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות/תוספות שייקבעו בדף הרשימה שיצורף לפוליסה.
ידוע לי /נו כי בטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של בטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזה ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), תש"ד - 2004.

ו. ייתור על סודיות רפואית

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

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 לעל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות.

הנני מאשר/ים את ההצהרות האמורות לעיל.

שם המבוטח הראשי/ חתימת המבוטח _____ תאריך _____
 המצהיר בשם המועמדים _____ חתימת בן/בת זוג _____ תאריך _____
 שם בן/בת זוג _____ חתימת ילד מעל גיל 18 _____ תאריך _____

ז. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

1. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
2. אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, 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 נא הודע לנו על כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.
3. 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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
- אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.
4. 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 מבוטח ראשי/ חתימת בן/בת זוג חתימת ילד מעל גיל 18

המצהיר בשם המועמדים

ח. החלפה / שינוי

- האם יש בידיך פוליסות ביטוח בריאות 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 מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה/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 השוואה לאישורך וחתימתך.**

שם המבוטח _____ תאריך _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

ט. הצהרות הסוכן

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

שם הסוכן _____ תאריך _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

י. אופן התשלום

מס' טלפון		שם המשלם אם אינו המבוטח		לגביה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר	
מספר זהות כולל ס"ב		שם בעל כרטיס האשראי		סוג הכרטיס:	
תוקף הכרטיס		מספר כרטיס האשראי		<input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> אחר _____	
מספר זהות כולל ס"ב		שם בעל כרטיס האשראי		סוג הכרטיס:	
תוקף הכרטיס		מספר כרטיס האשראי		<input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> אחר _____	
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 ובסכומי הם, 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 וישא 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 <input type="checkbox"/>		תאריך _____			