

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי מושלם פלוס

הנחיות להצטרפות לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים כללית:
באפשרותך להצטרף באחת מהאפשרויות הבאות:

1. **טופס הצטרפות:** את הטופס המלא והחתום ע"י כל בגיר, יש לשלוח: בדוא"ל לכתובת: siudi_mushalm@harel-ins.co.il או בדואר הראל חב' לביטוח מח' חיתום סיעודי מושלם החילזון 12 רמת גן מיקוד 5252276
2. **באמצעות מוקד טלפוני:** *9838 מכל טלפון
3. **באמצעות האתר:** mushlam.clalit.co.il, www.harel-group.co.il

א. פרטי המועמדים לביטוח

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי, ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. עבור ילד מגיל 18 ומעלה יש למלא טופס הצעה אישי בנפרד.

מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתומתו תחשב כהסכמת הקטין.

פרטי התקשרות של המבוטח הראשי	רחוב	מספר הבית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית	טלפון נייד (חובה)
דואר אלקטרוני						
פרטי התקשרות של בן/בת זוג	רחוב	מספר הבית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית	טלפון נייד (חובה)
דואר אלקטרוני						

36688.2

- פרטי ההתקשרות המפורטים ב**טופס זה** יעודכנו גם במערכות קופ"ח כללית וישמשו אותה ליצירת קשר. אני מסכים שפרטי ההצטרפות בטופס זה יעודכנו גם במערכות הכללית וישמשו אותה ליצירת קשר
 - מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך כמפורט לעיל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל בפרטיך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן: _____
- (משלוח הדיווח השנתי יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים בהראל במועד המשלוח).
חשוב לדעת:
דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו בהראל במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו להראל מעת לעת.
- לאחר אישור צירוף לביטוח, תוכל לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר הראל www.harel-group.co.il או בטלפון *2735. פרטים שיעודכנו בקופת חולים כללית מעת לעת לא יעודכנו במערכות הראל.



ב. הצהרת בריאות

- הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המועמדים לביטוח.
- נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כלשהם במקום מילים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון X בטור התשובה המתאימה בגוף השאלון, במידה והתשובה על אחת השאלות הינה "כן", יש לפרט/או לצרף מכתב מרופא.
- על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה יש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/כך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- מועמד לביטוח שגילו 67 ומעלה נדרש לעבור בנוסף הערכה קוגניטיבית.

חלק א':	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		
			כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
מגיל 21 בלבד	גובה בס"מ										
	משקל בק"ג										
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:											
1											מחלה, תופעה או הפרעה הקשורה בלב?
2											מחלה, תופעה או הפרעה הקשורה ב: <input type="radio"/> אירוע מוחי <input type="radio"/> מחלות ו/או גידולים במערכת העצבים? <input type="radio"/> בפרקינסון <input type="radio"/> מחלות ניווניות של השרירים <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אוטיזם
3											הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי?
4											מחלת ריאות כרונית ב-10 השנים האחרונות?
5											מחלת כבד כרונית ב-10 השנים האחרונות?
6											מחלת כליות כרונית ב-10 השנים האחרונות?
7											מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה?
8											סוכרת, עם המלצה לטיפול תרופתי ב-10 השנים האחרונות?
9											מחלת פרקים כרונית ב-10 השנים האחרונות?
10											ירידה בצפיפות העצם כגון: אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה? במידה והתשובה חיובית - האם קיימת היסטוריה של שברים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11											האם עברת קטיעת גפה/ים או כל קטיעה מעל המרפק/הברך?
12											עיוורון מלא או מחלת עיניים שגרמה לפגיעה בראייה?
13											מחלת הסרטן ב-5 שנים האחרונות?
14											<input type="radio"/> חולה איידס <input type="radio"/> נשאת HIV?
15											האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?
16											<input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> המופיליה <input type="radio"/> טלסמיה מייג'ור
17											האם הינך מושתל איבר או הינך מועמד לניתוח השתלה?
18											האם הינך מועמד או יעצו לך לעבור ניתוח ו/או אשפוז? סוג הניתוח / סיבת האשפוז: _____
19											האם אושר לך או הגשת בקשה לקבלת: <input type="radio"/> אחוזי נכות מביטוח לאומי - גובה אחוזי הנכות % _____ <input type="radio"/> גמלת סיעוד <input type="radio"/> שר"מ
20											האם הינך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?
21											האם ילדך או אדם שהינך ממונה כאפוטרופוס שלו, שמועמד לביטוח מאובחן עם פיגור שכלי?*
22											

*השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.

ג. הצהרת המועמד/ים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מ"הראל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 - א. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורו/ואו מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
 - ב. אני/אנו מצהירים/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - ג. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני מבקש/ים כי באם תתקבל הצעתנו/נו להצטרף לביטוח ייגבו דמי הביטוח הנדרשים באמצעות אמצעי התשלום שמסרתי "לשירותי בריאות כללית" לצורך תשלום עבור שירותי בריאות נוספים בכללית (שב"ן). באם אין לשירותי בריאות כללית אמצעי תשלום תקף (עבור השב"ן), אני מבקש/ים לגבות את הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום המצורף לטופס הצעה זה. באם אין לשירותי בריאות כללית אמצעי תשלום ו/או הוראת קבע תקפה כאמור הביטוח לא ייכנס לתוקף עד להסדרת אמצעי תשלום.
3. לידיעתך, מרגע הכנס הביטוח לתוקף, הודעות בנושא גבייה ישלחו בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים בקופת חולים כללית.
4. **ויתור על סודיות רפואית:** אני/נו החתומים/ים מטה נותנים/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 לרבות החברה ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש, למסור ל"הראל" (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, 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 משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עצבוננו ו/או כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.
5. לידיעתך, אם חלק מהמבוטחים לביטוח ידרשו להליכי חיתום אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם, וזאת מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים.
6. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך בטלפון שמספרו: 03-6145555, על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.
7. **ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:** רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין/ת שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין/ת כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. שימי לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, תחול על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין/ת בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

מספר הזהות	שם המועמד/ת לביטוח	תאריך	חתימה

אם המשלם בפועל אינו נמנה על המועמדים לביטוח שמבקשים להצטרף בטופס זה, עליו לחתום בסעיף זה: **הצהרת המשלם:**

אני החתום מטה מאשר:

- א. התשלום בגין הפוליסות שיופקו עבור המועמדים לביטוח הנ"ל יבוצעו מאמצעי התשלום שעל שמי.
- ב. כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח.
- ג. באחריותי להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.

שם המשלם: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____
(יש למלא טופס אמצעי תשלום)

ד. מידע מהותי

1. תקופת הביטוח:

החל מיום 01.01.2019 ועד ליום 31.12.2023.

2. תיאור הביטוח:

- במצב סיעודי, המבוטח יהא זכאי לתגמולי ביטוח חודשיים לתקופה מקסימלית של עד 60 חודשים. מצב סיעודי בפוליסה זו הנו אי יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי של לפחות 3 מתוך הפעולות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות או שהינו סובל מתשישות נפש.
- תנאי הכיסוי המלאים והתנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה.
- לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם ותקופת המתנה בת 60 יום.
- באפשרותך לקבל פרטים מלאים בעניינים אלו גם בכתב באמצעות פניה לטלפון שמספרו *2700.

3. טבלת סכומי הכיסוי הביטוחי⁽¹⁾:

גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת החולים			מקום השהיה של המבוטח
עד 49	50 עד 59	60 ומעלה	
₪5,500	₪4,500	₪3,500	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה בבית (פיצוי)
₪10,000	₪6,500	₪4,500	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה במוסד (שיפוי) ⁽²⁾

⁽¹⁾ סכומי התגמול צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שפורסם ב-15.06.16.

⁽²⁾ לגבי מבוטח השוהה במוסד - סכום תגמול הביטוח החודשי שישולם למבוטח השוהה במוסד המועד הזכאות לתגמול הביטוח החודשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.

4. טבלת מחירים לביטוח סיעודי⁽³⁾:

גיל														פרמיה חודשית ב-₪, החל מיום
81+	80-76	75-71	70-66	65-61	60-56	55-51	50-46	45-41	40-36	35-31	30-26	25-19	18-0	
205.94	196.97	185.27	156.85	126.10	104.33	94.45	76.51	46.37	38.20	27.22	10.48	10.28	0.00	1.1.2019
215.62	206.95	194.95	165.82	134.27	111.39	99.79	80.34	47.38	39.51	27.72	10.79	10.28	0.00	1.9.2019
225.80	219.85	205.13	175.29	143.04	118.85	105.34	83.26	48.38	40.82	28.33	10.99	10.28	0.00	1.9.2020
238.40	230.94	215.72	186.18	152.31	126.91	111.29	87.40	49.39	42.24	28.83	11.79	10.79	0.00	1.9.2021
249.48	242.43	227.01	196.77	162.19	135.48	117.54	91.83	51.41	43.65	29.43	12.60	11.29	0.00	1.9.2022
261.18	254.63	238.80	207.85	172.77	144.65	124.09	93.34	53.43	45.16	30.04	13.41	11.79	0.00	1.9.2023

⁽³⁾ סכומי הפרמיה צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שפורסם ביום 15.06.2017. החל מגיל 19 הכיסוי יהיה כרוך בתשלום דמי הביטוח בהתאם לטבלת הפרמיה לעיל.

5. צפי פרמיות לתקופות עתידיות ככל ותהינה⁽⁴⁾:

גיל														פרמיה חודשית ב-₪, החל מיום
81+	80-76	75-71	70-66	65-61	60-56	55-51	50-46	45-41	40-36	35-31	30-26	25-19	18-0	
273.37	267.33	251.20	219.55	183.96	154.43	131.04	98.18	55.44	46.67	30.64	13.71	11.79	0.00	1.9.2024
285.07	280.73	264.30	230.94	195.96	164.81	138.4	103.22	57.46	48.28	31.25	14.01	11.79	0.00	1.9.2025
297.47	294.85	278.01	244.04	208.76	175.90	146.16	108.56	59.47	49.90	31.85	14.31	11.79	0.00	1.9.2026
311.38	307.14	292.53	264.71	222.27	187.79	154.33	117.23	63.51	51.61	32.56	14.62	11.79	0.00	1.9.2027
326.09	322.67	307.65	279.52	236.78	200.50	163.00	123.08	65.62	53.43	33.16	14.92	11.79	0.00	1.9.2028
341.42	339.00	323.67	295.15	252.11	214.00	172.07	129.23	67.84	55.24	33.87	15.32	11.79	0.00	1.9.2029
357.44	356.23	340.51	311.68	268.54	228.52	181.75	135.68	70.16	57.05	34.47	15.62	11.79	0.00	1.9.2030
374.28	374.28	358.25	329.12	285.98	243.94	191.93	142.43	72.58	59.07	35.18	16.03	11.79	0.00	1.9.2031

⁽⁴⁾ הפרמיות לתקופות עתידיות אינן סופיות ועשויות להשתנות מעת לעת (לרבות במועדים שונים מאלו המפורטים לעיל), בהתאם להסכמות בין החברה המבטחת לכללית ובכפוף לאישור הממונה על הביטוח. כמו כן, אין בעצם הצגת דמי הביטוח לתקופות המאוחרות לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה משום התחייבות של המבטחת/או הכללית לפיה המבטחת תמשיך לשמש כמבטחת בפוליסה זו לאחר תום תקופת הביטוח הקבועה בפוליסה/או להארכת תקופת הביטוח לתקופות ביטוח נוספות מעבר לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה.

6. מועדי הגבייה:

בתשלום בכרטיסי אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים "בשירותי בריאות כללית".

7. שירות צבאי:

יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

באפשרותך לבחור תשלום באשראי או בהוראת קבע

1. תשלום בכרטיס אשראי

הנני מבקש לכלול את המצטרפים לתוכנית "כללית מושלם", כפי שפורטו בטופס זה, להסדר תשלומים באמצעות הרשאה לחיוב, באופן בו ההרשאה תחול על כלל השירותים הכרוכים בתשלום אשר יסופקו להם במסגרת התכנית. ההרשאה תבוצע באמצעות כרטיס האשראי שהוצא על שמי, כמפורט להלן.

הבוחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק

סוג הכרטיס: דינירס ישראלכרט ויזה אמריקן אקספרס לאומי קארד

מס' הכרטיס

תוקף הכרטיס: שנה חודש

א. שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לשירותי בריאות כללית להעביר למנפיקת הכרטיסים חיובים מעת לעת לפי שיפורט למנפיקה.

ב. הרשאה זו תפקע בהודעה לשירותי בריאות כללית.

ג. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

שם בעל הכרטיס _____ מס' תעודת זהות _____ תאריך _____

כתובת _____ X חתימת בעל הכרטיס _____

2. תשלום בהוראת קבע בבנק

ההרשאה תבוצע באמצעות הוראה לחשבון הבנק המתנהל על שמי, כמפורט להלן.

תאריך _____

לכבוד _____

מספר חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
4 4 7 0 3			
שם המוסד (המוטב) כללית ת.ד. 16250, תל אביב 6116201			

בנק _____

סניף _____ ("הבנק")
(_____)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ש

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____ / _____ / _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אנו ה"מ"מ _____ מס' זהות / ח.פ. _____ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 42 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת בעלי החשבון: _____ תאריך: _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

נספח שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

שאלון מס' 1: לב

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- התקף לב / אוטם שריר הלב
- צנתור
- מחלת לב איסכמית
- הפרעות קצב לב: פרפור פרודוריים/פלפיטציות
- אוושה/"רשרוש" בלב*
- ניתוח מעקפים*
- מומי לב מולדים*
- קרדיומיופתיה*
- אי-ספיקת לב*
- מחלת/ בעיית לב אחרת*

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס לבעיית הלב עליה הצהרת, אופן הטיפול והמצב העדכני בצירוף תוצאות בדיקות עדכניות. שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שאלון מס' 4: עיכוב התפתחותי

הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי
1. מהי הפרעה/העיכוב/הבעיה ההתפתחותית הקיימת?

- עיכוב שפתי בלבד
- אחר

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס לעיכוב/בעיה התפתחותית המוצהרת עם התייחסות לחומרת הבעיה, לתפקוד היומיומי ומידת העצמאות, בעיות נלוות נוספות, וטיפול במידה וקיים; שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שאלון מס' 5: ריאות

1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?

- אסטמה
- אמפיזמה
- מחלת ריאות חסימתית כרונית (copd)
- מחלת ריאות אחרת*
- מה סוג הטיפול שאתה מקבל?
- ללא טיפול
- משאף בזמן התקף בלבד
- טיפול קבוע (משאף/כדורים/אנהילציות)

2. האם תפקודי הריאות תקינים?

- לא*
- כן

*יש לצרף מכתב מרופא הריאות המתייחס לחומרת מחלת הריאות, סוג הטיפול, בצירוף תוצאות בדיקת תפקודי ריאות עדכניים. שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שאלון מס' 6: כבד

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- צהבת ילודים
- צהבת (הפטיטיס) A
- צהבת (הפטיטיס) B
- צהבת (הפטיטיס) C
- כבד שומני
- שחמת
- מחלת כבד אחרת
- האם המחלה פעילה/קיימת כיום?
- לא
- כן*
- האם תפקודי הכבד תקינים?
- לא
- כן*

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס למחלת הכבד, אבחנה, ואנזימי כבד עדכניים, המלצות לטיפול ותוצאות בדיקות הדמיה אם נעשו. שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שאלון מס' 7: כליות

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת?

- אבנים בכליות
- אי ספיקת כליות*
- תסמונת נפרוטית*
- כליות פוליציסטיות*
- ציסטות בכליות
- כליה בודדת - מלידה
- תרמת כליה בעבר (לאדם אחר)
- מחלת כליות אחרת*
- האם תפקודי הכליות תקינים?
- לא*
- כן

*יש לצרף מכתב מנפרולוג המתייחס לאבחנה ברורה למחלת הכליות, אופן הטיפול, ותוצאות לתפקודי כליות עדכניים. שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שאלון מס' 9: סוכרת

1. מה סוג הסוכרת:

- סוכרת סוג 1 (תלוית אינסולין / "סוכרת נעורים")
 סוכרת סוג 2

2. מה רמת הסוכר (בבדיקות האחרונות) ?

- נמוך מ-70
 70-150
 גבוה מ-150

3. מה סוג הטיפול?

- טיפול באינסולין
 טיפול תרופתי (שאינו אינסולין)
 דיאטה

4. מתי התגלתה המחלה?

- ב-18 השנים האחרונות
 לפני למעלה מ-18 שנים

* יש לצרף מכתב מהרופא המטפל עם התייחסות לסוג הסוכרת, תוצאות ערכי סוכר ו-HgA1C והאם קיימת פגיעה באיברי מטרה.

שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ X חתימה: _____

שאלון מס' 14: סרטן

הטיפול הסתיים מעל ל-5 שנים ללא המשך טיפול:

- כן לא*

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל עם התייחסות למחלת הסרטן, חומרת המחלה, אופן הטיפול, מועד סיום הטיפול, המצב כיום לרבות תוצאות.

שם המועמד לביטוח: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ X חתימה: _____