

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי מושלם פלוס "استمارة الانضمام للتأمين التمريضي" موشلام پلوس

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: www.Mushlam.clalit.co.il, www.harel-group.co.il

תعليمات للانضمام إلى تأمين الرعاية التمريضية لأعضاء صندوق المرضى كلاليت:
بإمكانك الانضمام عن طريق واحدة من الإمكانيات التالية:

1. استمارة الانضمام: الاستمارة الكاملة والموقعة من قبل أي شخص بالغ، يجب ارسالها عبر البريد الإلكتروني: siudi_mushalm@harel-ins.co.il أو عبر البريد إلى هارثيل شركة للتأمين، قسم الاكتتاب للرعاية الطبية موشلام، هحيلزون 12، رמת غان، الرمز البريدي 5252276
2. بواسطة المركز الهاتفي: *9838 من أي هاتف
3. بواسطة موقع الإنترنت: www.Mushlam.clalit.co.il, www.harel-group.co.il

א. פרטי המועמדים לביטוח / تفاصيل المرشحين للتأمين

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי, ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
עבור ילד מגיל 18 ומעלה יש למלא טופס הצעה אישי בנפרד.
יגב עליך الإجابة بجواب كامل وصريح على الأسئلة التي تتعلق بموضوع أساسي، بحيث إن لم تفعل ذلك، قد يكون لهذا الأمر تأثير على دفع مُخصصات التأمين.
לכל ولد من سن 18 عامًا وما فوق، יגב تعبئة استمارة عرض شخصية بشكل منفصل.

מין الجنس	תאריך לידה تاريخ الميلاد	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר הזהות رقم الهوية	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					מבוטח ראשי المؤمن الرئيسي
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					בן/בת זוג الزوج / الزوجة
מתחת לגיל 18 / تحت جيل 18					ילדים / أولاد
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					1
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					2
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					3
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					4

מיילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתמתו תחשב כהסכמת הקטין.
تعبئة هذا العرض لأطفال دون سن 18 عامًا يتم من قبل الوالد/ الوصي المفوض للتوقيع عنهم على هذا العرض، ويتم اعتبار توقيعه كموافقة القاصر.



פרטי התקשרות של המבוטח הראשי תفاصيل التواصل مع المؤمن الرئيسي	רחוב الشارع	מספר הבית رقم البيت	ישוב البلدة	מיקוד מיקוד (الرمز البريدي)	טלפון בבית رقم الهاتف	טלפון נייד (חובה) رقم الهاتف النقال (إلزامي)
דואר אלקטרוני / البريد الإلكتروني						
פרטי התקשרות של בן/בת זוג تفاصيل التواصل مع الزوج/ة	רחוב الشارع	מספר הבית رقم البيت	ישוב البلدة	מיקוד מיקוד (الرمز البريدي)	טלפון בבית رقم الهاتف	טלפון נייד (חובה) رقم الهاتف النقال (إلزامي)
דואר אלקטרוני / البريد الإلكتروني						

- 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 הדיוור 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.
- תفاصيل التواصل المفصلة في هذه الاستمارة ستتم حثلتها أيضًا في أنظمة صندوق المرضى كلليت الذي سيستخدمها بدوره للتواصل.
 - أنا موافق على أن تفاصيل التواصل المفصلة في هذه الاستمارة ستتم حثلتها أيضًا في أنظمة صندوق المرضى كلليت الذي سيستخدمها بدوره للتواصل.
- سيتم إرسال مستندات البوليصة، صفحة تفاصيل التأمين والتقارير السنوي إلى رقم هاتفك النقال كما هو مفضل أعلاه.
 - إذا كنت ترغب في استلام هذه المستندات عبر البريد الإلكتروني - يُرجى تسجيل عنوان البريد الإلكتروني في تفاصيلك الشخصية. بدلا من ذلك، إذا كنت ترغب في استلام على هذه المستندات عن طريق بريد إسرائيل، فُرجى ذكر هذا الأمر هنا: _____
 - (إرسالية البريد السنوية تتم وفقًا لتفاصيلك المحتملة الظاهرة في هارثيل في موعد الإرسال).

مهم أن تعلم:

- التبليغات، المعلومات والحتلنات بخصوص منتجاتك في هارثيل سيتم إرسالها إلى تفاصيل التواصل المحتملة لدينا في هارثيل في موعد إرسالها، كما أنت سجلتها في هذه الاستمارة أو بحسب الحثلنات والرسائل التي سيتم إرسالها إلى هارثيل من حين إلى آخر.
- بعد المصادقة على انضمامك للتأمين، تستطيع حثلنة تفاصيلك الشخصية في حسابك الشخصي على موقع هارثيل www.harel-group.co.il أو عبر الهاتف *2735. تفاصيلك التي تتم حثلتها من حين إلى آخر في صندوق المرضى كلليت لن تتم حثلتها في أنظمة هارثيل.

ב. הצהרת בריאות / تصريح صحي

- 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/כם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- מועמד לביטוח שגילו 67 ומעלה נדרש לעבור בנוסף הערכה קוגניטיבית.
- ינطبق تصريح الصحة التالي بشكل منفصل على الشخص المؤمن الرئيسي، على الزوج/ة وعلى كل واحد من الأولاد المرشحين للتأمين.
- يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية بإجابات واضحة وكاملة. يُرجى عدم استعمال أي نوع من الخطوط بدلا من الكلمات. يجب الإجابة على الأسئلة التالية بالإشارة X في عمود الإجابة الملأتم في الاستمارة، في حال كانت الإجابة على واحد من الأسئلة "نعم"، يجب التفصيل/ أو إرفاق رسالة من الطبيب.
- مطلوب من كل مرشح للتأمين بجيل 65 وما فوق، إرفاق شهادة طبيّة تتطرق لوضعه الطبيّ بما في ذلك عمليات جراحية، أدوية (دائمة)، تشخيصات طبيّة، مكوث في المستشفى، ونتائج فحوصات تصوير خاصة، تم إجراؤها في السنوات ال-5 الأخيرة. الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى يتمّ تقديمها للشركة وكذلك الشروط المقبولة لدى الشركة في هذا الشأن، ستستخدم كشرط أساس لعقد التأمين ما بينك/ وبينكم وبين الشركة وستشكل جزءاً لا يتجزأ منه.
- مطلوب من كل مرشح للتأمين بجيل 67 وما فوق، اجتياز فحص تقييم معرفي أيضاً.

חלק א': القسم أ:	מבטוח ראשי المؤمن الرئيسي	בן/בת זוג / الزوج/ الزوجة	ילד 1 ولد 1	ילד 2 ولد 2	ילד 3 ولد 3	ילד 4 ولد 4	מגיל 21 בלבד / من جيل 21 فقط	
							גובה בס"מ / الطول بالسم	משקל בק"ג / الوزن بالקغم
חלק ב': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: القسم ب: هل تمّ تشخيص مرض لديك, اضطراب له علاقة بواحد أو أكثر من المواضيع المفصلة فيما يلي:								
1	מחלה, תופעה או הפרעה הקשורה בלב? / مرض, ظاهرة أو اضطراب له علاقة بالقلب?							
2	מחלה, תופעה או הפרעה הקשורה ב: ○ אירוע מוחי ○ מחלות ו/או גידולים במערכת העצבים? ○ בפרקינסון ○ מחלות ניווניות של השרירים مرض, ظاهرة أو اضطراب له علاقة ب: ○ سكتة دماغية ○ أمراض و/ أو أورام في الجهاز العصبي? ○ باركنسون? ○ مرض ضمور النسيج العضلي?							
3	○ שיתוק מוחין ○ אוטיזם ○ שלל דמאגי ○ תוحد							
4	הפרעה/עייבון התפתחותי בניגון הומלץ לך על מעקב/ טיפול רפואי? اضطراب/ تأخر تطوريّ الذي بسببه أوصيت بمتابعة/ علاج طبيّ?							
5	מחלת ריאות כרונית ב-10 השנים האחרונות? مرض رئويّ مُزمن في السنوات ال-10 الأخيرة?							
6	מחלת כבד כרונית ב-10 השנים האחרונות? مرض كبد مُزمن في السنوات ال-10 الأخيرة?							
7	מחלת כליות כרונית ב-10 השנים האחרונות? مرض كليّ مُزمن في السنوات ال-10 الأخيرة?							
8	מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? مرض نفسيّ تمّ تشخيصه من قِبل أخصائي نفسي, طبيب نفسي أو طبيب العائلة?							
9	סוכרת, עם המלצה לטיפול תרופתי ב-10 השנים האחרונות? سكريّ مع توصية لعلاج بالأدوية في السنوات ال-10 الأخيرة?							
10	מחלת מفاصل מְזמן ב-10 השנים האחרונות? مرض مفاصل مُزمن في السنوات ال-10 الأخيرة?							
11	ירידה בצפיפות העצם כגון: אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה? במידה והתשובה חיובית - האם קיימת היסטוריה של שברים? ○ כן ○ לא هبوط في كثافة العظم مثل: تخلخل العظام / قلة العظام? إذا كانت الإجابة نعم هل يوجد ماضي كسور? ○ نعم ○ لا							
12	האם עברת קטיעת גפה/ים או כל קטיעה מעל המרפק/הברך? هل اجتزت عملية بتر طرف/أطراف, أو أي عملية بتر من فوق الكوع/ الركبة?							

חלק א': القسم أ:	מבוטח ראשי المؤمن الرئيسي	בן/בת זוג الزوج/ الزوجة	ילד 1 ولد 1	ילד 2 ولد 2	ילד 3 ولد 3	ילד 4 ولد 4	חלק ב': القسم ب: هل تمّ تشخيص مرض لديك, اضطراب له علاقة بواحد أو أكثر من المواضيع المفصلة فيما يلي:								
כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا	כן نعم	לא لا
13	עיוורון מלא או מחלת עיניים שגרמה לפגיעה בראייה? عمى كامل أو مرض عيّن الذي سبّب إصابة في الرؤية?														
14	מחלת הסרטן ב-5 שנים האחרונות? مرض سرطان في السنوات الـ 5 الأخيرة?														
15	○ חולה איידס ○ נשאות HIV? ○ מريض إيدز ○ حامل HIV?														
16	האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות? هل توجهت إلى الطبيب بشكوى تتعلق بتراجع في الذاكرة, في السنوات الـ 3 الأخيرة?														
17	○ גושה ○ המופיליה ○ טלסמיה מייג'ור ○ مرض غوشيه ○ هموفيليا ○ تلاسيميا كبرى														
18	האם הינך מושתל איבר או הינך מועמד לניתוח השתלה? هل اجتزت عملية زرع أو هل أنت مُرشح لعملية زرع?														
19	האם הינך מועמד או יעצו לך לעבור ניתוח ו/או אשפוז? סוג הניתוח / סיבת האשפוז: _____ هل أنت مُرشح أو هل حصلت على توصية لاجتياز عملية جراحية و/ أو مكوث في مستشفى? نوع العملية / سبب المكوث في المستشفى: _____														
20	האם אושר לך או הגשת בקשה לקבלת: ○ אחוזי נכות מביטוח לאומי - גובה אחוזי הנכות % _____ ○ גמלת סיעוד ○ שר"מ هل تمت الموافقة لك أو هل قدمت طلب للحصول على: ○ نسبة إعاقة من التأمين الوطني - نسبة الإعاقة % _____ ○ מخصصات רعاية تمريضية ○ خدمات خاصة للمعاقين?														
21	האם הינך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו? هل أنت غير قادر/ة على تنفيذ واحدة أو أكثر من الفعاليات التالية: القيام والاستلقاء, ارتداء وخلع الملابس, الاستحمام, تناول الطعام والشرب, التحكم بالعضلة العاصرة (قضاء الحاجة), التنقل/ المشي و/ أو تستعمل وسائل مساعدة للقيام بواحدة أو أكثر من هذه الفعاليات?.														
22	האם ילדך או אדם שהינך ממונה כאפוטרופוס שלו, שמועמד לביטוח מאובחן עם פיגור שכלי*? هل ابنك أو شخص أنت ولي أمره, والذي هو مُرشح للتأمين, قد تمّ تشخيصه مع تخلف عقلي*?														

**השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.
**السؤال موجه لوالدة أو لوصي مُرشح للتأمين الذي هو قاصر أو غير مؤهل قانونيًا.

ג. הצהרת המועמדים לביטוח / تصريح المرشح/ين للتأمين

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 עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
 - ב. אני/אנו מצהיר/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 יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני מבקש/ת 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/ת 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, למ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח רבות החברה ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לצורך בדיקתם ו/או לביטוח, ללא יוצא מן הכלל בצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי/נו על (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידעם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל בצורה 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 תהייה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.
5. לידיעתך, אם חלק מהמבטחים לביטוח ידרשו להליכי חיתום אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית 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.
1. **א/א** نحن الموقع/ الموقعون أدناه، أطلب/ نطلب من "شركة هارثيل للتأمين م.ض." (فيما يلي: "الشركة") تأميني/ تأميننا على أساس كل ما هو منصوص عليه في هذا العرض.
 - أ. على الرغم من عدم وجود إلزام قانوني بتقديم بعض المعلومات المطلوبة في هذا المستند، هذا المعلومات ضرورية لانضمامك للبوليصات وللتعامل مع الأمور ذات صلة بها. سيتم جمع المعلومات، حفظها، ومعالجتها من قبل الشركة وشركات أخرى في مجموعة هارثيل (هارثيل استثمار في التأمين وخدمات مالية م.ض. وشركات فرعية لها) وجهات ثالثة التي تعمل لها و/ أو نيابة عنها لتستخدمها من أجل التعامل مع البوليصات ولأغراض مشروع أخرى بما في ذلك حسابات ائتمانية. يمكن العثور على معلومات إضافية في سياسة الخصوصية الموجودة على موقع الشركة.
 - ب. أنا/ نحن أصرّح/ نصرّح بهذا بأنّ كافة الإجابات صحيحة وكاملة وقد أعطيت بإرادتي/ بإرادتنا الحرّة.
 - ت. جميع الإجابات المفصلة في التصريح الصحيّ وكل معلومات أخرى التي سئطعنى للشركة وكذلك الشروط المقبولة لدى الشركة في هذا الخصوص، سيتم استخدامها كشرط أساسية لعقد التأمين بينك وبين الشركة، وسوف تُشكل جزءاً لا يتجزأ منه.
2. أنا أطلب، إذا تمّ قبول اقتراحي/نا بالانضمام للتأمين، أن تُجبي رسوم التأمين المطلوبة بواسطة وسائل الدفع التي سلمتها لـ "خدمات الصحة كلاليت" بغرض الدفع مقابل خدمات صحيّة إضافية في كلاليت (שב"ן). إذا لم يكن لدى "خدمات الصحة كلاليت" وسائل دفع سارية المفعول (لخدمات الصحة الإضافية - שב"ן)، أنا أطلب جباية قسط التأمين بواسطة وسائل الدفع المرفقة إلى استمارة هذا العرض. إذا لم يكن لدى "خدمات الصحة كلاليت" وسائل دفع و/ أو أمر دفع دائم ساري المفعول كما هو مذكور، فلن يُصبح التأمين ساري المفعول حتى ترتيب أمر وسيلة الدفع.
3. لعلمك، منذ لحظة أصبح التأمين ساري المفعول، يتم إرسال البلاغات في موضوع الجباية وفقاً للمعلومات المحتملة الظاهرة في صندوق المرضى كلاليت.
4. **التنازل عن السرية الطبيّة:** أنا/ نحن الموقع/الموقعون أدناه، أعطي/ نعطي الحق لصندوق المرضى و/أو لمؤسساتها الطبيّة و/ أو للجيش، وكذلك لجميع الأطباء و/ أو الأطباء النفسيين، المؤسسات الطبيّة والمستشفيات الأخرى، مجلس الأمن القومي و/ أو وزارة الأمن و/ أو لكل شركة تأمين بما في ذلك الشركة و/أو لكل مؤسسة وجهة أخرى، وكما يقتضي الأمر لتوضيح وتسوية دعاوي بحسب هذه البوليصات و/ أو من أجل فحص إجراءات قبولي للتأمين المطلوب، بإعطاء "شركة هارثيل للتأمين م.ض." (فيما يلي "مقدم الطلب") جميع المعلومات الموجودة بحوزتكم وجميع التفاصيل بدون استثناء، وبأي طريقة تُطلب من قبلي مُقدم الطلب، حول وضعي/نا الصحيّ و/ أو عن أي مرض أصابني/نا في السابق و/ أو أعاني/ نعاني منه اليوم، و/ أو سامرّض/سنمرّض به في المستقبل وأنا/نحن أعتقكم/نعتمقكم من الالتزام السرية الطبيّة وأتنازل عن هذه السرية تجاه "مقدم الطلب"، ولن تكون لي/لنا تجاهكم و/ أو لمقدم الطلب أي ادعاء أو دعوى من أي نوع بخصوص ما ذكر أعلاه. هذا التنازل يلزم ممتلكاتي/ نا ومحامي/ نا القانوني/القانونيين وكل من هو بدلاً مني أمتنا. هذا التنازل ينطبق أيضًا على أطفالي/أطفالنا القاصرين.
5. لعلمك، إذا طلب من بعض المؤمنین الخضوع لإجراءات اكتتاب، الأمر الذي لن يُتيح إمكانية قبولهم الفوريّ للتأمين، سيتم إصدار بوليصة تأمين للمرشحين الذين يمكن قبولهم، وذلك دون الانتظار لاستكمال إجراءات اكتتاب بقية المرشحين للتأمين.
6. إذا كنت شخصاً مع إعاقة، بحسب تعريف الإعاقة في قانون مساواة الحقوق للأشخاص مع إعاقة - 1998، أي "شخص مع إعاقة بدنية، نفسية أو عقلية بما في ذلك إدراكية، دائمة أو مؤقتة، التي بسببها أصبح أداءه الوظيفي محدد بشكل أساسي في مجال واحد أو أكثر من مجالات الحياة الرئيسية"، أعلننا رجاءً بذلك عبر الهاتف على الرقم: 03-6145555، حتى يتم فحص طلبك للحصول على تأمين وفقاً لتعليمات القانون.

7. واجهة مستخدم إلكترونية للعثور على منتجات تأمين:

أنشأت هيئة السوق المالي موقع إلكتروني آمن، الذي يتيح لك وبشكل مركز، مشاهدة منتجات التأمين الخاصة بك في كل شركات التأمين في إسرائيل، وذلك استناداً إلى قاعدة بيانات التي سنحولها لهم. إذا كنت لا ترغب في تحويل البيانات، يجب عليك الاتصال بشركتنا. إذا كنت غير معنياً في تحويل تفاصيلك إلى هيئة السوق المالية كما هو مذكور أعلاه، بإمكانك تعبئة استمارة طلب ملاءمة الموجودة على موقع الشركة على الإنترنت على العنوان: www.harel-group.co.il.

لعلمك، عدم تحويل البيانات سيمنعك من مشاهدة منتجات التأمين الخاصة بك في كل شركات التأمين في إسرائيل، بشكل مركز على موقع الإنترنت الآمن. انتبه، تقديم طلب لإزالة معلومات كما هو مذكور أعلاه، تنطبق على بوليصات موجودة ومستقبلية. بحيث إذا كنت قد أعلنت في السابق بأنك غير معنياً في تحويل البيانات، فلن يتم تحويل البيانات أيضاً التي تتعلق بهذه البوليصة.

חתימה التوقيع	תאריך التاريخ	שם המועמד/ת לביטוח اسم المرشح/ة للتأمين	מספר הזהות رقم الهوية	
				מבוטח ראשי المؤمن الرئيسي
				בן/בת זוג الزوج/ الزوجة
				ילד 1 ولد 1
				ילד 2 ولد 2
				ילד 3 ولد 3
				ילד 4 ولد 4

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)

إذا كان من سيدفع فعلياً ليس ضمن المرشحين للتأمين الذين طلبوا الانضمام في هذه الاستمارة، يجب عليه التوقيع في هذا البند:

تصريح الجهة التي ستدفع:

أنا الموقع أدناه أصادق على أن:

أ. الدفع مقابل البوليصات التي سيتم إصدارها للمرشحين للتأمين المذكور أعلاه، سيتم تنفيذها من وسيلة الدفع المسجلة على اسمي.

ب. كل مبلغ يجب على الشركة دفعه بموجب البوليصة وفيما يتعلق بها، يتم دفعه لأمر الشخص المؤمن.

ت. تقع على عاتقي مسؤولية إبلاغ الشركة فوراً عن كل تغيير في تفاصيل الجهة الدافعة و/ أو عن التوقف عن الدفع وإن الشركة لن تكون مسؤولة عن إعادة مبلغ في حالة عدم وصول البلاغ كما هو مذكور أعلاه.

اسم الجهة الدافعة: _____ رقم الهوية: _____ التاريخ: _____ التوقيع: X _____
(يجب تعبئة استمارة وسيلة الدفع)

1. תקופת הביטוח / פתרת התאמין:

החל מיום 01.01.2019 ועד ליום 31.12.2023.

אבתאא מן תאריח 01.01.2019 וحتى תאריח 31.12.2023.

2. תיאור הביטוח / וסף התאמין:

- א. 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.
- ב. תנאי הכיסוי המלמים והתנאים המחייבים הם אלו המפורטים בפוליסה.
- ג. לידיעתך, הפוליסה כוללת החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם ותקופת המתנה בת 60 יום.
- ד. באפשרותך לקבל פרטים מלמים בעניינים אלו גם בכתב באמצעות פניה לטלפון שמספרו 2700*.

- א. פי חלה תמריצה, יכונ השכס המומן מסחקה מخصصת תאמין תמריצי שפרה לפתרת אقصאה חתי 60 שפר. חלה רעיה תמריצה פי זהה הבוליצה הי עדם מפררת השכס המומן הקימ בקוה הזתיה בجزء אסאסי מן 3 פעליות עלی الأقل: הקימ والاستلقاء, ارتداء وخلع الملابس, الاستحمام, تناول الطعام والشراب, التحكم بالعضلة العاصرة (قضاء الحاجة)، التنقل أو إذا كان يعاني من إعياء نفسي..
- ב. شروط التغطية الكاملة والشروط الملزمة هي تلك المفصلة في البوليصة.
- ג. לעלמך, תשלם הבוליצה استثناءات للتغطية التأمينية, استثناءات لحלה طبيّة سابقة وفترة انتظار تبلغ 60 يومًا.
- ד. بإمكانك الحصول على تفاصيل كاملة حول هذه الأمور خطيًا وكذلك بواسطة التوجه عن طريق الهاتف إلى الرقم 2700*.

3. טבלת סכומי הכיסוי הביטוחי⁽¹⁾ / גזול מבלח התغطية التأمينية⁽¹⁾:

גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת החולים גיל الانضمام لأول مرة, للتأمين التمريضي الجماعي لأعضاء كوبات حולים			מקום השיה של המבוטח מקן תואגד השכס המומן
עד 49	50 עד 59	60 ומעלה	
حتى 49	50 حتى 59	60 وما فوق	
5,500 ₪ 5,500 ש.ג.	4,500 ₪ 4,500 ש.ג.	3,500 ₪ 3,500 ש.ג.	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה בבית (פיצוי) מخصصת תאמין שפרה ללמומן המתואגד פי הבית (تعويض)
10,000 ₪ 10,000 ש.ג.	6,500 ₪ 6,500 ש.ג.	4,500 ₪ 4,500 ש.ג.	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה במוסד (שיפוי) ⁽²⁾ מخصصת תאמין שפרה ללמומן המתואגד פי מוססה (إعادة تكاليف) ⁽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.

⁽¹⁾ מבלח המخصصת מרבונה ממוש הגלה חיה أن المؤشر الأساسي هو الذي تم نشره في تاريخ 15.06.16.

⁽²⁾ بالنسبة للشخص المؤمن الموجود في مؤسسة- مبلغ مخصصات التأمين الشهرية التي سيتم دفعها للمؤمن الموجود في مؤسسة والذي يستحق مخصصات تأمين شهرية، يجب أن لا يتجاوز نسبة 80% من المبلغ الذي دفعه الشخص المؤمن فعليًا للمؤسسة.

4. טבלת מחירים לביטוח סיעודי⁽³⁾ / قائمة الأسعار لتأمين الرعاية التمريضية⁽³⁾:

גיל הגיל													פרמיה חודשית ב-₪, החל מיום القسط الشهري بالشيكل, ابتداءً من	
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.

⁽³⁾ مبلح القسط مרבונה مמוש הגלה חיה أن المؤشر الأساسي هو الذي تم نشره في تاريخ 15.06.2017. ابتداءً من سن 19, تكون التغطية منوطة بدفع رسوم التأمين وفقًا لجدول الأقساط الموجود أعلاه.

5. צפי פרמיות לתקופות עתידיות ככל ותהיינה⁽⁴⁾ / الأقساط المتوقعة للفترات المستقبلية، إن وُجدت⁽⁴⁾:

גיל הגיל													פרמיה חודשית ב-ש, החל מיום القسط الشهري بالشيكل، ابتداءً من	
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 ו/או הכללית לפיה המבטחת תמשיך לשמש כמבטחת בפוליסה זו לאחר תום תקופת הביטוח הקבועה בפוליסה ו/או להארכת תקופת הביטוח לתקופות ביטוח נוספות מעבר לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה.

⁽⁴⁾الأقساط لفترات مستقبلية ليست نهائية ويمكن أن تتغير من حين إلى آخر (كما في ذلك في أوقات مختلفة عن تلك المحددة أعلاه)، وفقاً للاتفاقات ما بين الشركة المؤمنة وبين كلاليت ويخضع ذلك لموافقة المسؤول عن التأمين. بالإضافة إلى ذلك، لا يعتبر تقديم رسوم التأمين للفترات المتأخرة من فترة التأمين المحددة في البوليصة، كالتزام الجهة المؤمنة و/أو كلاليت، والتي بموجبها تستمر الجهة المؤمنة كـمؤمنة في هذه البوليصة بعد انتهاء فترة التأمين المحددة في البوليصة و/أو لتمديد فترة التأمين لفترات تأمين إضافية تتجاوز فترة التأمين المحددة في البوليصة.

6. מועדי הגבייה / مواعيد الجباية:

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

עند الدفع بواسطة بطاقة الائتمان - وفقاً لترتيب الشخص المؤمن مع شركة بطاقة الائتمان, وعند الدفع بأمر الدفع الثابت - وفقاً למועדי الدفع המתفق עליהם في "خدمات الصحة כללית".

7. שירות צבאי / الخدمة العسكرية:

יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת. יגב התوضיח بأن استخدام بوليصة التأمين الصحي الذي بحوزتك أثناء الخدمة العسكرية، سيكون خاضعاً لتعليمات الجيش التي تتغير من حين إلى آخر.

באפשרותך לבחור תשלום באשראי או בהוראת קבע

באמצעות אפשרות התשלום באמצעות بطاقة الائتمان או בדفع באמצעות תשלום באתר

1. תשלום בכרטיס אשראי / הדفع بطاقة الائتمان

אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.
ידי ארسل المنتفع دفعات לא تستوفي القيود التي حددها الزبون، سيتم إعادتها من قبل البنك، مع جميع التداعيات المترتبة من ذلك.

הנני מבקש לכלול את המצטרפים לתוכניות "כללית מושלם", כפי שפורטו בטופס זה, להסדר תשלומים באמצעות הרשאה לחיוב, באופן בו ההרשאה תחול על כלל השירותים הכרוכים בתשלום אשר יסופקו להם במסגרת התוכניות.
ההרשאה תבוצע באמצעות כרטיס האשראי שהוצא על שמי, כמפורט להלן.
אני אطلب بهذا شمل المنضمين إلى برنامج "כללית מושלם", كما هو مفصّل في هذه الاستمارة، إلى ترتيب الدفعات بواسطة تفويض للدفع، بحيث ينطبق هذا التفويض على كافة الخدمات التي تتضمن دفع، والتي سيتم تزويدها لهم في إطار البرنامج.
سيتم تنفيذ التفويض بواسطة بطاقة الائتمان الصادرة باسمي، كما هو مفصّل فيما يلي.

הבוחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק

من يختار هذه الإمكانية يكون معفيًا من التوقيع على أمر الدفع عن طريق حساب البنك

<input type="radio"/> לאומי קארד / ליטומי קארד	<input type="radio"/> אמריקן אקספרס / ריקאן אקספרס	<input type="radio"/> ויזה / פיזה	<input type="radio"/> ישראל כרטיס / יסראכארד	<input type="radio"/> דייוניס / דיינרס	סוג הכרטיס
---	---	--------------------------------------	---	---	------------

מס' הכרטיס/ רמ המבטקה:

תוקף הכרטיס/ תאריך שלחיה המבטקה: שנה/ السنة חודש/ الشهر

- 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 שמשפרו נקוב בשובר זה.
א. أنا وقعت على هذا الوصل دون تحديد عدد الدفعات ومبالغها، نظرًا لأنني قد أعطيت تفويضًا لخدمات الصحة العامة بتحويل الديون إلى شركة البطاقات، من حين إلى آخر، بحسب ما سيُفصّل لشركة البطاقات.
ب. ينتهي هذا التفويض بإبلاغ خدمات الصحة العامة بذلك برسالة.
ج. يكون هذا التفويض ساري المفعول أيضًا للدفع من بطاقة التي يتم إصدارها وتحمل رقمًا آخر، كبديل للبطاقة المسجل رقمها في هذه الاستمارة.

שם בעל הכרטיס اسم صاحب البطاقة	מס' תעודת זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ
כתובת العنوان		X חתימת בעל הכרטיס X توقيع صاحب الحساب

2. תשלום בהוראת קבע בבנק / الدفع بأمر دفع ثابت للبنك

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

תאריך / التاريخ

בנק	סניף	סוג חשבון	מספר חשבון
البنك	الفرع	نوع الحساب	رقم الحساب
		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) מستند/ رقم الزبون لدى المستفيد (إن كان موجوداً)	קוד המוסד (המוטב) رمز المؤسسة
			4 4 7 0 3
שם המוסד (המוטב) כללית ת.ד. 16250, תל אביב 6116201			

לכבוד, בנק / إلى حضرة, بنك: _____

סניף / فرع: _____ (_____)
("הבנק") / ("البنك")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ₪

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

تفويض عام, لا يشمل تقييدات,

أو

تفويض يشمل على الأقل إحدى التقييدات التالية:

الحد الأعلى من مبلغ الدفع - _____ ش.ج.

تاريخ انتهاء سريان مفعول التفويض - في تاريخ _____ / _____ / _____.

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

1. אנו ה"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 יעשה 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.

1. نحن الموقعون أدناه _____ رقم الهوية / شركة خاصة _____ ("الزبائن")

نطلب بهذا إجراء تفويض للدفع من حسابنا المذكور أعلاه ("الحساب"), بالمبالغ والتواريخ التي ستقدم لكم من حين إلى آخر من قبل المستفيد بواسطة رمز المؤسسة، ويكون ذلك خاضعاً للتقييدات التي أشر إليها أعلاه (إذا تمت الإشارة إليها).

2. كذلك تنطبق التعليمات التالية:

أ. يجب علينا الحصول من المستفيد على التفاصيل المطلوبة لتعبئة الطلب لإصدار تفويض للجباية من الحساب.

ب. يمكن إلغاء هذا التفويض بلاغ خطي من طرفنا إلى البنك والذي سيكون ساري المفعول يوم عمل واحد بعد إعطاء هذا البلاغ للبنك، ويمكن أيضاً إلغاءه بموجب القانون.

ت. يحق لنا القيام بإلغاء مُسبق لدفعة معينة بحيث يتم إرسال بلاغ بخطي بهذا الخصوص من قبلنا إلى البنك، في موعد أقصاه 3 أيام عمل قبل موعد الدفعة. إذا تم تقديم بلاغ الإلغاء بعد تاريخ الدفع، فسيتم إرجاع الاستحقاق تقريباً في يوم إعطاء بلاغ الإلغاء.

ث. يحق لنا أن نطلب من البنك، بلاغ خطي، إلغاء دفعة، إذا كانت الدفعة غير ملائمة لموعد انتهاء سريان المفعول الذي تم تحديده في التفويض، أو المبالغ التي كانت قد حُددت في التفويض، إذا تم تحديد ذلك.

ج. البنك ليس مسؤولاً عن كل ما يتعلق بالمعاملة التي تمت بيني وبين المستفيد.

ح. التفويض الذي لا يتم استعماله لفترة 24 شهراً من موعد الدفعة الأخيرة، يتم إلغاءه.

خ. إذا استجبتם لطلبنا، البنك سيتصرف بموجب التعليمات في هذا التفويض، ويكون ذلك خاضعاً لتعليمات كل قانون واتفاق ما بيننا وبين البنك.

د. يحق للبنك إخراجنا من الاتفاق المُفصل أعلاه في هذا التفويض، إذا كان لديه سبباً معقولاً لفعل ذلك، وأن يبلغنا بذلك فوراً بعد اتخاذ قراره مع ذكر السبب لذلك.

3. نحن موافقون على أن يتم تقديم هذا الطلب إلى البنك من قبل المستفيد.

تاريخ / التاريخ:

توقيع בעלי الحساب / توقيع صاحب الحساب:

נספח שאלונים להשלמת פרטים רפואיים / מלحق استبيانات لاستكمال تفاصيل طبية

שאלון מס' 1: לב

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת? 1. ما هو المرض، الظاهرة أو الاضطراب الذي أنت تعاني/عانيت منه؟

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> התקף לב / אוטם שריר הלב | <input type="radio"/> נوبة قلبية / احتشاء عضلة القلب |
| <input type="radio"/> צנתור | <input type="radio"/> قسطرة |
| <input type="radio"/> מחלת לב איסכמית | <input type="radio"/> مرض قلب إقفاري |
| <input type="radio"/> הפרעות קצב לב: פרפור פרודודורים/פלפיטציות | <input type="radio"/> اضطرابات في نظم القلب: رجفان أذيني/ خفقان |
| <input type="radio"/> אוושה/"רשרוש" בלב* | <input type="radio"/> نفحة قلبية/ "دمدمة في القلب" |
| <input type="radio"/> ניתוח מעקפים* | <input type="radio"/> عملية مجازة قلبية* |
| <input type="radio"/> מומי לב מולדים* | <input type="radio"/> عيوب خلقية في القلب* |
| <input type="radio"/> קרדיומיופתיה* | <input type="radio"/> اعتلال عضلة القلب* |
| <input type="radio"/> אי-ספיקת לב* | <input type="radio"/> قصور في القلب* |
| <input type="radio"/> מחלת/ בעיית לב אחרת* | <input type="radio"/> مرض/ مشكلة قلب أخرى* |

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס לבעיית הלב עליה הצהרת, אופן הטיפול והמצב העדכני בצירוף תוצאות בדיקות עדכניות. *يجب إرفاق رسالة من الطبيب المُعالج التي يتطرق فيها إلى مشكلة القلب التي قدمت تصريحًا بخصوصها، طريقة العلاج والوضع الحالي، وإرفاق نتائج فحوصات محتلنة.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה X التوقيع
--	------------------------	------------------	--------------------

שאלון מס' 4: עיכוב התפתחותי

הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי

1. מהי ההפרעה/העיכוב/הבעיה ההתפתחותית הקיימת? 1. ما هو الاضطراب/ التأخر/ المشكلة في النمو الموجودة؟

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> עיכוב שפתי בלבד | <input type="radio"/> تأخر لغوي فقط |
| <input type="radio"/> אחר | <input type="radio"/> آخر |

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס לעיכוב/בעיה התפתחותית המוצהרת עם התייחסות לחומרת הבעיה, לתפקוד היומיומי ומידת העצמאות, בעיות נלוות נוספות, וטיפול במידה וקיים; *يجب إرفاق رسالة من الطبيب المُعالج التي يتطرق فيها إلى التأخر/ المشكلة في النمو التي قدمت تصريحًا بخصوصها، مع تطرق إلى خطورة المشكلة، إلى الأداء الوظيفي اليومي ومستوى الاستقلالية، مشاكل إضافية مرافقة والعلاج إذا كان موجودًا.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה X التوقيع
--	------------------------	------------------	--------------------

שאלון מס' 5: ריאות

1. מהי הבעיה ממנה אתה סובל/סבלת?

1. ما هي المشكلة التي تعاني/عانيت منها؟

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> אסטמה | <input type="radio"/> الربو |
| <input type="radio"/> אמפיזמה | <input type="radio"/> انتفاخ الرئة |
| <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית כרונית (copd) | <input type="radio"/> مرض رئوي انسدادى مُزمن (copd) |
| <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת* | <input type="radio"/> مرض رئوي آخر* |

2. האם תפקודי הריאות תקינים?

2. هل أداء عمل الرئتين سليم؟

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> לא* | <input type="radio"/> كلا* |
| <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> نعم |

3. מה סוג הטיפול שאתה מקבל?

3. ما هو نوع العلاج الذي تحصل عليه؟

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ללא טיפול | <input type="radio"/> بدون علاج |
| <input type="radio"/> משאף בזמן התקף בלבד | <input type="radio"/> مستنشق أثناء النوبة فقط |
| <input type="radio"/> טיפול קבוע (משאף/כדורים/אנהילציות) | <input type="radio"/> علاج ثابت (مستنشق/ أقراص/ أجهزة استنشاق) |

*יש לצרף מכתב מרופא הריאות המתייחס לחומרת מחלת הריאות, סוג הטיפול, בצירוף תוצאות בדיקת תפקודי ריאות עדכניים. *يجب إرفاق رسالة من الطبيب أخصائي الرئتين التي يتطرق فيها إلى خطورة مرض الرئتين، نوع العلاج، وإرفاق نتائج فحوصات محتلنة لأداء عمل الرئتين.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה X التوقيع
--	------------------------	------------------	--------------------

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

2. האם המחלה פעילה/קיימת כיום?

- לא
 כן*

3. האם תפקודי הכבד תקינים?

- לא
 כן*

استبيان رقم 6: الكبد

1. ما هو المرض، الظاهرة أو الاضطراب الذي أنت تعاني/عانيت منه؟

- يرقان الأطفال
 يرقان A
 يرقان B
 يرقان C
 كبد دهني
 تليف كبدي
 مرض كبد آخر

2. هل المرض نشط/ موجود اليوم؟

- كلا
 نعم*

3. هل أداء عمل الكبد سليم؟

- كلا
 نعم*

*יש לצרף מכתב מהרופא המטפל המתייחס למחלת הכבד, אבחנה, ואנזימי כבד עדכניים, המלצות לטיפול ותוצאות בדיקות הדמיה אם נעשו.
 *يجب إرفاق رسالة من الطبيب المعالج التي يتطرق فيها إلى مرض الكبد، تشخيص، وإنزيمات الكبد المحتلنة، توصيات للعلاج، ونتائج فحوصات مسح أشعة إذا أُجريت كهذه.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה التوقيع
--	------------------------	------------------	------------------

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*

2. האם תפקודי הכליות תקינים?

- לא*
 כן

1. ما هو المرض، الظاهرة أو الاضطراب الذي أنت تعاني/عانيت منه؟

- حصي في الكلى
 قصور في الكلى*
 متلازمة كلوية*
 كلي متعددة الكيسات*
 خراجات في الكلى
 كلية واحدة - منذ الولادة
 تبرعت بكلية في الماضي (لشخص آخر)
 مرض كلوي آخر

2. هل أداء عمل الكلى سليم؟

- كلا*
 نعم

*יש לצרף מכתב מנפרולוג המתייחס לאבחנה ברורה למחלת הכליות, אופן הטיפול, ותוצאות לתפקודי כליות עדכניים.
 *يجب إرفاق رسالة من طبيب أخصائي كلي التي يتطرق فيها إلى تشخيص واضح لمرض الكلى، طريقة للعلاج، ونتائج محتلنة لفحوصات أداء عمل الكلى.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה التوقيع
--	------------------------	------------------	------------------

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

אסטיבן 9: הסוכרי

1. מהו סוג הסוכרי:

- סוכרי סוג 1 (מתעלם באינסולין / "סוכרי الأطفال")
 סוכרי סוג 2

2. מהו מסתו הסוכר (בבדיקות האחרונות)?

- אצל מ-70
 70-150
 מעל מ-150

3. מהו סוג הטיפול?

- טיפול באינסולין
 טיפול באדوية (غير الإنسولين)
 חمية غذائية

4. מתי תם איתך המרש?

- 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 מטר. *
* يجب إرفاق رسالة من الطبيب المعالج، التي يتطرق فيها إلى نوع السكري، نتائج قيم السكر و-C1AgH وهل توجد إصابة في أعضاء الهدف.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה X التوقيع
--	------------------------	------------------	--------------------

שאלון מס' 14: סרטן

הטיפול הסתיים מעל ל-5 שנים ללא המשך טיפול:

- לא*
 כן

* יש לצרף מכתב מהרופא המטפל עם התייחסות למחלת הסרטן, חומרת המחלה, אופן הטיפול, מועד סיום הטיפול, המצב כיום לרבות תוצאות. *
* يجب إرفاق رسالة من الطبيب المعالج التي يتطرق فيها إلى مرض السرطان، خطورة المرض، طريقة العلاج، موعد انتهاء العلاج، الحالة اليوم بما في ذلك نتائج فحوصات.

שם המועמד לביטוח اسم المرشح للتأمين	מס' זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה X التوقيع
--	------------------------	------------------	--------------------