

משלים לתושב חו"ל

כי יום אחד אולי תרצו לחזור...



בקשת הצטרפות לשירות "משלים לתושב חו"ל"

מועמד/ת יקר/ה,

לפינך טופס הצטרפות לשירות "משלים לתושב חו"ל" המקנה לך זכאות לשמירה על רצף זכויות בקופת חולים לקבלת שירות רפואי בעת חזרתך הקבועה לישראל. על מנת שנוכל לצרףך לשירות הנך מתבקש/ת למלא טופס זה במלואו עבור כל אחד מבני המשפחה (ילידים מעל גיל 18, נא למלא בקשת הצטרפות נפרדת).

1. פרטים אישיים

מועמד פרטי

מועמד עסקי - עובד חברה, שם החברה _____ שם איש הקשר _____ טלפון _____

אנא מלא/י את הפרטים הנדרשים בכתב ברור, בשפה הנוחה לך - עברית או אנגלית.

פרטי מועמד ראשי (בעל אזרחות ישראלית בלבד)

| | | | |
|------------------------------|----------|------------|--|
| שם פרטי | שם משפחה | תאריך לידה | ת.ז. ישראלית |
| מין | משקל | גובה | מאומדת <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> |
| חברת הביטוח בה אני מבוסס כעת | מתאריך | עד תאריך | סוג התוכנית: PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> אחר: _____ |

פרטי בן/בת הזוג (בעל אזרחות ישראלית בלבד)

| | | | |
|------------------------------|----------|------------|--|
| שם פרטי | שם משפחה | תאריך לידה | ת.ז. ישראלית |
| מין | משקל | גובה | מאומדת <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> |
| חברת הביטוח בה אני מבוסס כעת | מתאריך | עד תאריך | סוג התוכנית: PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> אחר: _____ |

2. כתובת מגורי משפחה קרובה בישראל (לצורך משלוח דברי דואר)

| | | |
|---------|----------|---------------|
| שם פרטי | שם משפחה | רחוב ומס' בית |
| עיר | מדינה | מיקוד |
| | | טלפון (בית) |

3. כתובת מגורים בחו"ל

| | | | | | |
|--------------|-----------|------------------|--------------------|---------|-----------|
| First Name | Last Name | House No. | Street Name | APT No. | Floor No. |
| Entrance No. | City | State | Zip Code (5digits) | Country | |
| E-mail | Fax | Telephone (home) | Telephone (office) | | |

| בן/בת הזוג (מועמד משני) | | מועמד ראשי | | שאלות |
|-------------------------|----|------------|----|---|
| לא | כן | לא | כן | |
| | | | | האם במהלך ששת החודשים האחרונים הנך סובל/סבלת מטופל/טופלת בגין כל מצב רפואי לא תקין, מום, פגם, ואו מחלה ו/או ליקוי בריאותי, לרבות פציעות או בדיקות רפואיות בלתי תקינות |
| | | | | האם הינך נוטל או נטלת תרופות באופן קבוע? |
| | | | | האם הינך סובל/סבלת מנכות כלשהי? |
| | | | | האם הינך נמצא במעקב רפואי קבוע? |
| | | | | האם הינך סובל/סבלת ו/או מטופל/טופלת בגין אי ספיקת כליות, אי ספיקת כבד, אי ספיקת ריאות, אי ספיקת לב, נידולים ממאירים? |

פירוט הסטוריה רפואית

עבור כל אחת מהשאלות עליהן ענית ב"כן", אנא צייני את שם בן/בת המשפחה, ומלאי את פרטי מצבו/מצבה כולל: תאריכי הטיפול, שמו/שמה, כתובתו/ה ומספר הטלפון של הרופא המטפל, דיאגנוזה, פרוגנוזה, ומהלך הטיפול הנוכחי.

במידת הצורך, ניתן לצרף דף נוסף לטופס זה עבור המשך פירוט ההיסטוריה הרפואית.

5. הצהרת המועמדים

אני החתומה/מטה, מצהירה/ה כי כל תשובתיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי כי באם תשובתיי אינן נכונות או מלאות או במקרה והעלמתי דבר, לא יהיה כתב הזכאות לשירות בתוקף. הנני מסכים בזאת וידוע לי כי כל הפרטים והתשובות שנמסרו על-ידי בהצעה ובהצהרת הבריאות יועברו לידי שירותי בריאות כללית ו/או חברת DavidShield סוכנות לביטוח חיים בע"מ (2000) וכל מי הבא בשמם או מטעמם. ידוע לי שאין ברכישת כתב הזכאות לשירות זה משום מתן פטור מאחריותי לתשלום מיסי ביטוח-לאומי ו/או מיסים אחרים, כמו כן, הנני מצהירה שבאחריותי לבדוק את חובותיי וזכויותיי. הנני מצהירה/ה כי ידוע לי שהזכאות לשמירת רצף זכויות המוגדרות בכתב הזכאות לשירות זה כפופה לצבירת תקופת וותק בת 18 חודשים רצופים מיום ההצטרפות והחל מיום החזרה הקבועה לישראל. ניתן לממש את הזכאות לשירותים רפואיים בישראל במסגרת משלם לתושב חו"ל בתום 6 חודשי הצטרפות לשירות, וזאת בתמורה לתשלום חד פעמי על סך \$750 למבוגר. הנני מצהירה/ה שידוע לי כי מצב רפואי קיים, שהוצהר בעת ההצטרפות, יכוסה בתום צבירת תקופת וותק בת 36 חודשים. ידוע לי שתעריף דמי כתב הזכאות לשירות יופחת כל זמן שאהיה מבוסס בתוכנית ביטוח בריאות מקיפה הכוללת כיסוי לתרופות, אשפוזים וביקורי רופא. ידוע לי שאובדן הזכויות הרפואיות בישראל אינו חל על: תושבי מדינת ישראל (המוכרים כתושבים על פי חוקי הביטוח הלאומי) השוהים באופן ארעי בחו"ל ומשלמים דמי ביטוח לאומי, עובדי מדינת ישראל ו/או עובדים של חברות ישראליות הנמצאים בשליחות בחו"ל ומשכרתם משולמת בישראל.

| | | |
|-------|----|-------|
| חתימה | שם | תאריך |
|-------|----|-------|

6. לשימוש הסוכן בלבד

| | | |
|----------|------------|------------|
| שם הסוכן | מספר הסוכן | כתובת |
| טלפון | טלפון נייד | שם הסוכנות |
| מס' מפקח | שם מפקח | |

אני הח"מ סוכן הביטוח, המתווך בין בעל כתב השירות והמועמדים לבין החברה מצהיר בזה כי שאלתי את המועמדים את כל השאלות המופיעות לעיל, לרבות מספר כרטיס האשראי והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית.

חתימת הסוכן

7. פרטי חיוב לתשלום

אני הח"מ נותן/נתת לכם הוראה לחייב את כרטיס האשראי המופיע להלן, בגין דמי כתב הזכאות לשירות.

American Express
 VISA
 Eurocard
 Diners
 Mastercard
 JCB

תאריך פקיעת תוקף

שם בעל הכרטיס (כפי שמוטבע על הכרטיס)

מס' כרטיס

שם מחזיק כתב הזכאות לשירות

המספר המופיע על גב הכרטיס

ת.ז.

חתימת בעל הכרטיס

שם ומשפחה של ממלא הטופס

תאריך