

## טופס הצטרפות

בקשה להצטרפות לתוכנית "עו"ד בריאות" של לשכת עוה"ד במחוז ת"א והמרכז

פרטי המבוטח

שם פרטי ומשפחה

כתובת

טלפונים: בית

משרד

נייד

נא לסמן בעיגול את התוכנית הנדרשת:

משפחה	יחיד	
20	10	רובד בסיסי*
100	40	ביטוח מורחב
14 + 2 שם לכל ילד	7	ביטוח אמבולטורי
זוג	יחיד	סיעוד
2 1	2 1	מספר כפולות 3000

\*המצטרף לביטוח הבסיסי בלבד - התשלום שנתי

### פרטי המבוטחים

שם פרטי ומשפחה	מין	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	מעשן	איזו קופ"ח
המבוטח	ז / נ			כ / ל	
בן/בת זוג	ז / נ			כ / ל	
ילד/ה	ז / נ			כ / ל	
ילד/ה	ז / נ			כ / ל	
ילד/ה	ז / נ			כ / ל	
ילד/ה	ז / נ			כ / ל	
ילד/ה	ז / נ			כ / ל	

בכבוד רב,

חתימת המבוטח X

תאריך

את המסמכים נא להחזיר לפקס 03-9235914 או 03-9247035.

לשאלות ובירורים ניתן לפנות: יעקב 03-9247050, אטי משי 03-9251143, 054-8007792.

## הצהרת בריאות

אנא סמן האם סבלת או הנך סובל מהמחלות הבאות. אם התשובה היא "כן" פרט:

אם אחת התשובות חיובית, נא פרטי	ילדים		מועמד ב'		מועמד א'		
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
							1. האם אושפזת בחמש שנים האחרונות בבית-חולים או במוסד? (איהו. מתי, סיבה) צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני. האם עברת פעם ניתוח או ייעצו לך לעבור ניתוח?
							2. האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? מום מולד? (פרט). האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן מלא או חלקי?
							3. מחלות לב וכלי דם?
							4. סוכרת. מחלות חילוף חומרים?
							5. אירוע מוחי?
							6. מחלות הקשורות בכליות ו/או בדרכי השתן?
							7. מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו?
							9. מחלות עצבים או הפרעות נפשיות?
							10. מחלות עיניים, אוזניים וגרון?
							11. מחלה או מגבלה כעמוד השדרה או מגבלות אורטופדיות?
							12. מחלות ריאה או כלי נשימה?
							13. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע?
							14. לסיעודי בלבד - האם אתה מוגבלת/בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום, לשבת, להתלבש, להתפשט, להתרחץ, לאכול, לשתות, לשלוט על הסגורים?
							15. גובה ומשקל - מועמד א' מועמד ב'

## הצהרה

אני/החתיים/מטה, המועמדים/לביטוח, מבקשים בזה להיות מבוטחים לפי הצעה זו (להלן - "הצעה").

- ידוע לי/לנו כי: המבטח לא יזוה אחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישרין או בעקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו קיימים אצלי/נו לפני תחילת הביטוח או לפני תאריך מילוי הצעה או לפני תאריך החתימה על הצהרת הבריאות - לפי המאוחר מביניהם ו/או במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך 365 יום ממועד תחילת הביטוח בכל מקרה ביטוח הקשור להריון, ללידה ולתוצאותיהם. האמור לעיל יחול רק אם נשאלתי בהצרת הבריאות על מצב בריאות הכלול בהגדרה כ"מצב רפואי קודם" - ולא גיליתי את מצבי. אני/נו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי/נו מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את הצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.

חתימת המועמד לביטוח (מבוטח) X

חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה X

## ויתור על סודיות רפואית

הנני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומיפה את כוחה של אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ, לקבל מידע רפואי מכל רופא ומכל מוסד רפואי אחר, בנושאים הקשורים למצב בריאותי/נו בעבר בהווה ובעתיד, הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא יהיה לי כל טענות בקשר למסירת המידע שבנושאים אלו. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן, הן תנאי לחבות המבטח.

## חתימת המבוטח/ים:

מבוטח ראשי

תאריך שם פרטי ומשפחה מס' ת.ז. חתימה X

בן/בת הזוג

תאריך שם פרטי ומשפחה מס' ת.ז. חתימה X

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם.

## פרטי התשלום

סוג הכרטיס שם בעל הכרטיס האשראי מספר זהות

כאל דיינרס לאומי קארד ישראלכרט אמריקן אקספרס אחר:

מס' כרטיס האשראי תוקף הכרטיס

אני הח"מ נתון בזה לחברת אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בגין פרמיית ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ.

חתימת בעל הכרטיס X

תאריך

את המסמכים נא להחזיר לפקס 03-9235914 או 03-9247035.

לשאלות וברורים ניתן לפנות: יעקב 03-9247050, אטי משי 03-9251143, 054-8007792.