



מנה: 0604
דף 1 מתוך 2

לכבוד
נהוראי בן יוסף
התירוש 118
זכרון יעקב 3090000

381-003-000

תיק: 211411582

י"ב בסיון, תשפ"ה
08 ביוני 2025



הנדון: הצטרפות נכים נפגעי פעולות איבה לביטוח סיעודי קבוצתי של הארגון היציג של נפגעי פעולות איבה בחברת הראל

ארגון נפגעי פעולות איבה הגיע להסכמה עם ארגון נכי צה"ל והראל חברה לביטוח בע"מ, באישור רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, לפיה תינתן לנכים נפגעי פעולות איבה, המקבלים תגמול חודשי מהמוסד לביטוח לאומי, האפשרות להצטרף לפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי של הארגון היציג עבור נפגעי פעולות איבה (להלן: "הפוליסה") בכפוף לתנאי הפוליסה.

1.7.23 מיום תינתן אפשרות לצירוף בני משפחה (בני זוג וילדים) של נכי פעולות איבה באופן פרטני, וכן רכישת הרחבות נוספות לפוליסת נכי פעולות איבה.

נכה איבה המעוניין לבדוק את אפשרותו להצטרף לביטוח כאמור, ישלח את הטופס המצורף כשהוא מלא וחתום, לפקס 02-5382417, או למייל bitoachsiudi@nioi.gov.il, או ימסור אותו במשרדי ארגון נפגעי פעולות איבה בכתובת בית אורן 9 תל אביב 6731937. או בפקס 03-6884724 ובדוא"ל irgun@irgun.org.il

את הטופס יש להעביר עד ולא יאוחר מ- 180 יום מהמועד בו קיבלת לראשונה את התגמול החודשי כנכה איבה (הסמך למכתבנו זה). לאחר מועד זה, לא תהיה לך אפשרות להצטרף לביטוח זה.

תשומת ליבך כי בסמוך לאחר החזרת הטופס, נציג סוכנות הביטוח מבטח סימון יצור עמך קשר לשם המשך התהליך.

מובהר כי עצם משלוח הטופס כאמור אינו מהווה הצטרפות לביטוח, ועל מנת להצטרף לביטוח נדרשת עמידה בתנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה, לרבות חיתום רפואי.

לידיעתך:

- סכום הפיצוי החודשי בקורות מקרה סיעודי על פי הפוליסה, הינו 4,362 ₪ צמוד למדד (כהגדרתו בפוליסה) לתקופה מקסימאלית של 60 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 90 יום.
- הפרמיה החודשית בגין הרובד הבסיסי, בהתאם לתנאי הפוליסה, עומדת על 219.56 ₪, מתוכם 99.28 ₪ ינוכו מתגמולי הנכה, ו- 119.28 ₪ ישולמו על ידי המוסד לביטוח לאומי. הפרמיה החודשית צמודה למדד הקובע (כהגדרתו בפוליסה).
- ייתכנו שינויים בסכומי הפיצוי החודשי והפרמיה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- נכה פעולות איבה שטרם מלאו לו 3 שנים במועד בו שולם לו לראשונה תגמול חודשי כנכה איבה, יהיה זכאי להצטרף לפוליסה מגיל 3 שנים ומעלה, אם חתם על הטופס כאמור (באמצעות אפוטרופוס), תוך 180 יום מהיום שמלאו לו 3 שנים, ובכפוף לעמידתו בתנאי החיתום ותנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה, ובלבד שבמועד ההצטרפות בפועל הוא מקבל תגמול חודשי מהמל"ל.
- התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

בברכת בריאות טובה,
המוסד לביטוח לאומי
אגף נפגעי פעולות איבה

תאריך : 08/06/2025

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
באמצעות פקסימיליה : 02-5382417
או דוא"ל : bitoachsiudi@nioi.gov.il
או לפקס הארגון היציג : 03-6884724 ובדוא"ל irgun@irgun.org.il

הנדון: הסכמה לקבלת הצעה ולהעברת מידע - ביטוח סיעודי קבוצתי

אני הח"מ מעוניין לבדוק אפשרות להצטרף לרובד הבסיס בפוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי של ארגון נכי צה"ל עבור נפגעי פעולות איבה.

אני מאשר למוסד לביטוח לאומי ו/או לארגון נפגעי פעולות איבה להעביר את פרטי האישיים, כמפורט במסמך זה להלן, לחברה המבטחת (כיום- הראל חברה לביטוח בע"מ) ו/או לסוכנות הביטוח (כיום- מבטח סימון סוכנות לביטוח בע"מ) ו/או לבעל הפוליסה (ארגון נכי צה"ל) וכן מאשר העברת הנתונים בין הגופים האמורים לבין עצמם, כל גוף ביחס למידע המצוי ברשותו מתוך הרשימה להלן (כולם יחד להלן : "הגורמים המורשים"), לצורך קבלת הצעה להצטרפות לביטוח, לרבות לצורך ביצוע הליך הצטרפות ועריכת חיתום רפואי, ככל שאדרש, וככל שאעמוד בתנאי ההצטרפות – גם לצורך ניהול ותפעול הפוליסה וכמפורט להלן :

שם פרטי, שם משפחה, מספר זהות, מספר תיק נכה ככל שישנו, תאריך לידה, מין, כתובת מגורים מלאה, כתובת דוא"ל, מספר טלפון ניח, מספר טלפון נייד, סטטוס הטיפול בהצטרפות ובגביה, מועד צירוף לביטוח, מועדי גביית הפרמיות, סכומי הפרמיות שנוכו, החזרים כספיים ומועדיהם, מועד הגשת תביעת סיעוד, מועד אישור/דחית תביעה, מועד גריעה מהביטוח, סיבת גריעה מהביטוח, תאריך פטירה וכל מידע נדרש אחר, שניתן להעבירו בהתאם להוראות הדין.

הנני מאשר כי ידוע לי כי הסכמתי להעברת מלוא הנתונים הינה אחד מהתנאים ההכרחיים להצטרפות לפוליסה, וככל שאצטרף (בכפוף לתנאי ההצטרפות) ולמשך כל תקופת הביטוח תהיה הסכמתי זו בלתי חוזרת.

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מס' תיק נכה
בן יוסף	נהוראי	211411582	931877007
תאריך לידה	אחוזי נכות	מין	טלפון
28/05/2002	40	זכר	08-9926193
טלפון נוסף	טלפון נייד	כתובת דוא"ל	
	053-3057624		
כתובת מגורים מלאה			
התירוש 118 זכרון יעקב 3090000			

נא בדוק את נכונות הנתונים לעיל, ובמידת הצורך השלם/תקן נתונים אלו בכתב יד על גבי הטופס

ידוע לי כי אינני מצטרף לביטוח הסיעודי בעצם משלוח מכתבי זה, ועל מנת להצטרף לביטוח אדרש לעמוד בתנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה.

בכבוד רב,

חתימה

שם ושם משפחה

תאריך