

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

תוכן העניינים

- 1 פרטי המועמדים לביטוח וילדיהם ואופן התשלום
- 2 פרטי הביטוחים המוצעים והצהרות לביטוח הסיעודי המוצע
- 3 הצהרות, פרטי כרטיס אשראי והרשאה לבנק
- 4-5 הצהרת בריאות
- 6 שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

לתשומת לב!

בטופס הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד זה – 6 עמודים.
כל עמוד ימולא במקור ו-2 העתקים ("נייר כימי").
בעת מילוי כל עמוד טופס (על העתקיו) יש להשתמש בדף קרטון זה
כחוצץ, להפרדה בין עמוד אחד למשנהו, למניעת ההעתקה של הפרטים
לעמודי הטופס שלאחריו.

ד. פרטי ביטוח הבריאות המוצע

<input type="checkbox"/> הביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> אחריות בסיסית חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת	<input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (עם סופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות משלים לשב"ן <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (בלי סופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות לילדים
נספחים לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> תרופות מורחב <input type="checkbox"/> כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> יעוץ וביקורת <input type="checkbox"/> ניתוחים בחו"ל <input type="checkbox"/> בריאות לאישה	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אבדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה - 3 חודשי המתנה עד גיל 67	
כתבי שירות לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> רפואה אלטרנטיבית <input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לאחריות <input type="checkbox"/> אחר		
אחריות לחיים (מחלות קשות)	<input type="checkbox"/> כפוליסה עצמאית (למבוטח חדש בלבד) <input type="checkbox"/> כנספח לפוליסת בריאות מספר _____	סכום ביטוח מועמד ראשון ש"ח _____	סכום ביטוח מועמד שני ש"ח _____
	<input type="checkbox"/> נספח רפואה שלמה לילד - מגיל שנה _____	סכום ביטוח לכל ילד ש"ח _____	

ה. פרטי ביטוח הסיעוד המוצע (לכל מועמד תופק פוליסה נפרדת)

סיעוד	<input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לפוליסת הסיעוד	כתב שירות												
אחריות לעתיד	תקופת המתנה <input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים	תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים												
אחריות אשית לעתיד - נספח	תקופת המתנה <input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים	תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים												
אחריות לעתיד young	תקופת המתנה <input checked="" type="checkbox"/> 60 ימים	תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים												
אחריות לעתיד משלים	פוליסת "אחריות לעתיד משלים" משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (בדרך כלל 3 שנים או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 שנים או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. לתשומת לבך! רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" לבעלי פוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים שרכשו ביטוח סיעודי מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים.													
באפשרותך לרכוש ביטוח סיעודי משלים:	<table border="1"> <tr> <th>המועמד הראשון</th> <th>פרטים</th> <th>המועמד השני</th> </tr> <tr> <td>שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____</td> <td>משלים קופת חולים _____</td> <td>שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____</td> <td><input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____</td> <td><input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.</td> <td>תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.</td> <td><input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.</td> </tr> </table>		המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני	שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____	משלים קופת חולים _____	שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.	תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.
המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני												
שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____	משלים קופת חולים _____	שם תכנית הביטוח הסיעודי בשב"ן _____												
<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר _____												
<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.	תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) <input checked="" type="checkbox"/> לתשומת לבך! בתקופה זו לא תהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי הפוליסה.												
	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> כל החיים</td> <td>תקופת תשלום התגמול הסיעודי</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> כל החיים</td> </tr> <tr> <td>ש"ח _____</td> <td>סכום גמלת הסיעוד החודשית</td> <td>ש"ח _____</td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	תקופת תשלום התגמול הסיעודי	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	ש"ח _____	סכום גמלת הסיעוד החודשית	ש"ח _____						
<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	תקופת תשלום התגמול הסיעודי	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים												
ש"ח _____	סכום גמלת הסיעוד החודשית	ש"ח _____												
פרטי המוטבים	מועמד ראשון	מועמד שני												
שם משפחה _____ פרטי _____ יחס קרבה _____	שם משפחה _____ פרטי _____ יחס קרבה _____	שם משפחה _____ פרטי _____ יחס קרבה _____												

ו. הצהרות לביטוח הסיעודי המוצע

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי לידי את המדריך לקונה בביטוח סיעודי.
- לפוליסת אחריות לעתיד משלים אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (5 שנים), ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשון **X** חתימת מועמד שני **XX**

הצהרת הסוכן - לפוליסת "אחריות לעתיד משלים"

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותו מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים. כמוכן הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "אחריות לעתיד משלים" כולל תקופת המתנה בת 36 החודשים (3 שנים) או 60 החודשים (5 שנים) בהם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו. על פי מה שנמסר לי אישית על ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת הביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____

ז. הצהרת המבקש/ים/ המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").

1. ידוע לי/לנו כי:

- א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האשרה שתקופתה 90 ימים. בכל מקרה ביטוח הקשור להריון, ללידה ולתוצאותיהם תקופת האשרה היא 365 ימים ממועד התחלת הביטוח.
- ב. ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין. במקרה של דחיית ההצעה המבטח יימק את החלטתו.
- ד. למבוטחי פוליסת אחריות למשלים:
 - (1) הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על-פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את הפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - (2) למימוש כסיו בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.

- (3) דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כסיו ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- (4) בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

2. אני מצהיר בזאת כי אני שלוחו של

וכי אני מוסמך למסור לחברה את הפרטים המופיעים בהצעה זו. אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסכים/ים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוסטרופס/ים טבעיים שלהם.

3. ויתור על סודיות

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע ששיגע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבוטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בבקבוצת כלל ביטוח, למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בבקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ.

חתימת המועמד הראשון/בעל הפוליסה

שם המועמד _____ מספר זהות _____

תאריך חתימת המועמד השני _____ חתימה _____

שם המועמד _____ מספר זהות _____

תאריך חתימת המועמד הראשון _____ חתימה _____

ולראייה באתי/נו על החתום:

מינוי הסוכן כשולחו של בעל הפוליסה/המועמדים לביטוח

על-פי חוקי חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשולחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולחך, חתום על הנוסח שלהלן: נוסח חוקי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שולחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך חתימת המועמד הראשון לביטוח _____ חתימת המועמד השני לביטוח _____

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמד/ים לביטוח. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל.

שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____

תאריך חתימת הסוכן _____ חתימה _____

ח. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס האשראי תוקף הכרטיס חודש 2 0
אני הח"מ נתון בזה לחברת כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.	
תאריך חתימת בעל הכרטיס _____	חתימת בעל הכרטיס _____

ט. הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד	מספר חשבון בנק
בנק	קוד מסלוקה סניף בנק
סניף	קוד מוסד
כתובת	7377
1. אני/ו הח"מ	שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק
מכתובת	מספר זהות
נתונים/ים לכן בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הבנק בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנג'ט, או רשימות על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה.	
2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממי/מאתנו בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נוהה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נוהה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכזר/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבע.	
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילום, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.	
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.	
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.	
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סביבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.	
7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממי/מאתנו.	
פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעור הפרמיה וההצמדה כפי שיקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.	חתימת בעלי החשבון _____ תאריך _____

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה סניף בנק
קוד מוסד	7377
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
לכבוד כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ דרך מנחם בגין 52 תל אביב 67137	אישור הבנק צוות _____
קיבלנו הוראות מ- לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנג'ט או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה מקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.	
רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שחתמנו על-ידיכם.	
בנק _____ סניף _____ תאריך חתימת הסניף _____	בנק _____ סניף _____ תאריך חתימת הסניף _____
מקור טפס זה על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.	

מ/ק"ט 65020236 ר"ה 1:2008

פרטי המועמדים לביטוח	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ	מועמד ראשון	
								כן	לא
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					
				1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>					

1		שאלות מבוא כללי								ילדים עד גיל 18 - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא								1		2	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
				1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים											
				2. מעשן? כמה זמן? _____ כמות ליום _____ אם הפסקת ציין מתי _____											
				3. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר											
				4. שותה משקאות אלכוהוליים <input type="checkbox"/> מזדמן <input type="checkbox"/> עד 2 כוסות ליום <input type="checkbox"/> יותר מ-2 כוסות ליום											

2		שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים								ילדים עד גיל 18 - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או בעיות רפואיות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? השאלון								1		2	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
				א. מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה ביולוגיים מדרגה ראשונה (הורים ילדים, אחים) שהיא מחלת לב, סוכרת, סרטן, מחלה נירולוגית, נפשית, ניסיון התאבדות או מקרה מוות. אם כן, פרט: מה הקרבה, המחלה ובאיזה גיל אובחנה או אירע מקרה המוות.											
				ב. במערכת העצבים והמוח והפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD											
				ג. בנפש: לרבות דיכאון, חרדה, אובססיה, סכיזופרניה											
				ד. בדרכי הנשימה ובריאות: לרבות אסטמה (ברונכיט), COPD, אמפיזמה											
				ה. בעור: לרבות גידולים ו/או נגעים, פסוריאזיס, דלקות											
				ו. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב ו/או הולכה, מום מולד, פגיעה במסתמים, טרשת עורקים, מפרצת באורטה, טרומבוז, ורידים מורחבים, PVD											
				ז. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)											
				ח. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, טחול מוגדל											
				ט. בכליות ובדרכי השתן: לרבות פרוסטטה, אבנים, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן											
				י. מחלות מטבוליות ו/או אנדוקריניות: לרבות סוכרת, שומנים, טריגליצרידים, בלוטת המגן, יותרת התריס, פרולקטינומיה											
				יא. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם) ספירת הדם, קרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון											
				יב. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך											
				יג. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן											
				יד. במערכת השלד והשרירים: לרבות ליקויים בעמוד השדרה, בעצמות, באגן, אוסטיאופורוזיס											
				טו. במערכות הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות קראטוקונוס, ליקוי ראייה מעל 7-, קטרקט, דלקות אוזניים חוזרות, סינוסיטיס חוזרת, פוליפים, שקדים, דום נשימה בשינה											
				טז. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירי, בעיות פרייון גם אצל גברים, כעת בהיריון, אשך טמיר, ורקוצלה											
				יז. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות דלקת מפרקים שגרנית, ראומטואיד, ארטריטיס, לופוס (זאבת)											

3		שאלות נוספות בעבור ביטוח סיעודי - למילוי רק אם יירכש הכיסוי									
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא							
כן	לא	כן	לא								
				הומלץ על אשפוז ו/או ניתם לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי, משתמש בעזרי נידודת כדי ללכת, שימוש קבוע בקטטר לשתן/מעיים/קיבה/ או אחר, אי שליטה על הסוגרים, נפילות חוזרות, תשישות נפש, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לאכול ולשתות, להתרחץ ולהתגלח, להתלבש ולהתפשט, לקום ולשכב, לתפקד בלי עזרה.							

מק"ט 65020236 ר"ה 1.2008

שאלות לסיכום												4							
שמות ילדים עד גיל 18 - שמות												מועמד ראשון		מועמד שני					
1				2				3				4				כן	לא	כן	לא
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
השאלה / הנושא																			
1. נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי ו/או השגחתי																			
2. אושפזת בחמש השנים האחרונות (לרבות אשפוז יום) למעט ניתוחים																			
3. עברת ניתוח ו/או המליצו לך להינתח ו/או אתה מועמד לניתוח - אם כן, מהו הניתוח ומועדו																			
4. קיימת נכות כלשהי עקב תאונה ו/או מחלה																			
5. קיימת מחלה ו/או בעיה כרונית ו/או תורשתית																			
6. מצוי בבירור רפואי																			
7. לילדים בלבד: האם ניתנו כל החיסונים בהתאם לגיל התפתחות הילד?																			

* אם התשובה לאחת מהשאלות 1-6 היא חיובית - "כן", אנא פרט כאן:

1. הצהרת המועמד לביטוח על שינוי במצב בריאותו

אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי, מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסיים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבי, עלולות זכויותי על-פי תנאי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

2. הצהרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית

א. אני נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת-חולים מכבי, קופת-חולים כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ה. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאי חן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ו. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטנים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

3. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:

עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

נוסח ההחרזה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף פרטי הביטוח".

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה _____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה _____

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות

(סעיף 4(א) בחוזר המפקח)

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

לא, חתום כנדרש בתחתית השאלון לפוליסת ביטוח בריאות זה וסיים בזה את מילוי.

כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם הפוליסות לביטוח בריאות כולל ריידרים שבתוקף:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת –

לא כן

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה –

לא כן

תשובה חיובית לאחד או יותר מן הסעיפים א ו-ב לעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימת
המבוטח השני

חתימת
המבוטח הראשי

תאריך

הצהרת הסוכן

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח הבריאות שבתוקף: לא כן

חתימת
הסוכנת

חתימת
הסוכן

תאריך