

# הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

## תוכן העניינים

- 1 פרטי המועמדים לביטוח וילדיהם
- 2 פרטי הביטוחים המוצעים והצהרות
- 3 הצהרות – המשך, 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.

## הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

### א. פרטי המועמדים לביטוח

שם הסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר ההצעה	
□ □ □ □ □ □ □ □ - □ □	

פרטי המועמד הראשון (בעל הפוליסה)	הפרטים למילוי	פרטי המועמד השני
משפחה פרטי	שם משפחה ופרטי	משפחה פרטי
ס"ב שנה חודש יום	מספר זהות תאריך לידה	ס"ב שנה חודש יום
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ילדים	מין מצב משפחתי	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ילדים
<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____	הצהרת עישון	<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני _____ שנים עד אז עישנתי _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____
מקצוע עיסוק בפועל	מקצוע עיסוק בפועל	מקצוע עיסוק בפועל
תחביב	תחביב מסוכן	תחביב
רחוב מס' בית	כתובת	רחוב מס' בית
יישוב מיקוד		יישוב מיקוד
רגיל נייד	מספרי טלפון	רגיל נייד
פקס e-mail	פקס e-mail	פקס e-mail
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ← אם שוחררת מטעמי בריאות, פרט _____	האם שירתת בצבא?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא ← אם שוחררת מטעמי בריאות, פרט _____
שם משפחה פרטי	פרטי המוטבים	שם משפחה פרטי
מספר זהות יחס קרבה		מספר זהות יחס קרבה
קופת-חולים משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	קופת-חולים משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	קופת-חולים משלים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____
	שם הרופא המטפל ושם היישוב	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ אם בחברתנו, רשום את מספרי הפוליסות	האם אתה מבטח בביטוח רפואי ו/או סיעודי כולל במסגרת קבוצתית?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם החברה _____ אם בחברתנו, רשום את מספרי הפוליסות
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם אי פעם נדחתה הצעתך לביטוח סיעודי/בריאות/חיים או התקבלת בתנאים מיוחדים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____

### ב. פרטי הילדים המועמדים לביטוח

שם הילד - רשום גם שם משפחה אם שונה	מספר זהות	תאריך לידה	מין
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

מק"ט 65020236 א' ר"ה 6.2006

בריאות	<input type="checkbox"/> אחריות בסיסית חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת <input type="checkbox"/> אחריות בסיסית חדשה (עם טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות מלאה (בלי טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת <input type="checkbox"/> אחריות לילדים <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> הביטוח היסודי
	תרופות <input type="checkbox"/> בדיקות ורפואה משלימה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אבדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> ייעוץ ובדיקות <input type="checkbox"/> כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה (משתנה) <input type="checkbox"/> הכנסה בטוחה (משתנה)	נספחים לביטוח היסודי
רפואה אלטרנטיבית <input type="checkbox"/> ייעוץ פסיכולוגי <input type="checkbox"/> כתב שירות לאחריות <input checked="" type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	כתבי שירות לביטוח היסודי	אחריות לחיים (מחלות קשות)
כפוליסה עצמאית <input type="checkbox"/> כנספת לפוליסת בריאות מספר _____ סכום ביטוח מועמד ראשון ש"ח _____ סכום ביטוח מועמד שני _____ ש"ח	אחריות לחיים (מחלות קשות)	אחריות לחיים (מחלות קשות)
נספח רפואה שלמה לילד - מגיל שנה _____ סכום ביטוח לכל ילד _____ ש"ח	אחריות לחיים (מחלות קשות)	אחריות לחיים (מחלות קשות)

סיעוד	<input checked="" type="checkbox"/> דמי ביטוח קבועים ולכל החיים <input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לפוליסת הסיעוד	כתב שירות																																		
	תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון ש"ח _____ סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני ש"ח _____	אחריות לעתיד																																		
תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון ש"ח _____ סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני ש"ח _____	אחריות לעתיד young	אחריות לעתיד																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">הורי המועמד הראשון</th> <th rowspan="2">פרטים</th> <th colspan="2">הורי המועמד השני</th> </tr> <tr> <th>האב</th> <th>האם</th> <th>האב</th> <th>האם</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>שם</td> <td></td> <td>שם</td> <td></td> </tr> <tr> <td>מספר זהות</td> <td></td> <td>מספר זהות</td> <td></td> </tr> <tr> <td>כתובת</td> <td></td> <td>כתובת</td> <td></td> </tr> <tr> <td>טלפון</td> <td></td> <td>טלפון</td> <td></td> </tr> <tr> <td>תאריך לידה</td> <td></td> <td>תאריך לידה</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית                 </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית                 </td> <td> <input type="checkbox"/> קופת חולים                 </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית                 </td> </tr> </tbody> </table>			הורי המועמד הראשון		פרטים	הורי המועמד השני		האב	האם	האב	האם	שם		שם		מספר זהות		מספר זהות		כתובת		כתובת		טלפון		טלפון		תאריך לידה		תאריך לידה		<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> קופת חולים	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	אחריות לעתיד
הורי המועמד הראשון		פרטים	הורי המועמד השני																																	
האב	האם		האב	האם																																
שם		שם																																		
מספר זהות		מספר זהות																																		
כתובת		כתובת																																		
טלפון		טלפון																																		
תאריך לידה		תאריך לידה																																		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> קופת חולים	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית																																	
הצהרת המועמדים לביטוח אני מצהיר כי אלו הפרטים המדויקים של הוריי וכי אבי או אמי הינן מסוגלים, באופן עצמאי וולא עזרת הזולת לבצע את כל שש הפעולות המופיעות בסעיף 8 לשאלות בהצהרת הבריאות וכי אינם סובלים מתיששות נפש (דמנציה, סניליות, אלצהיימר) וכי אינם מקבלים ואינם זכאים לקבל גמלת סיעוד מגורם כלשהו לרבות מהמוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי הצהרתי זו לגבי מצבם הייחודי להיות תקפה בתאריך תחילת הביטוח שלי על-פי פוליסה זו.			אחריות לעתיד																																	
תאריך _____ שם _____ מועמד ראשון תאריך _____ שם _____ מועמד שני			אחריות לעתיד																																	

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 לנמנע 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.	אחריות לעתיד משלים																					
לתשומת לבך! רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" לבעלי פוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים שרכשו ביטוח סיעודי מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד באמצעות קופת חולים.	אחריות לעתיד משלים																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>המועמד הראשון</th> <th>פרטים</th> <th>המועמד השני</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____                 </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____                 </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.                 </td> <td> <input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים?                 </td> <td> <input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר                 </td> <td> <input type="checkbox"/> קופת חולים והגוף המבטח                 </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <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)                 </td> <td> <input type="checkbox"/> תקופת המתנה                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)                 </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> כל החיים                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 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> </tbody> </table>	המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.	<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים?	<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> קופת חולים והגוף המבטח	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> תקופת המתנה	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> תקופת תשלום התגמול הסיעודי	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	ש"ח _____	סכום גמלת הסיעוד החודשית	ש"ח _____	אחריות לעתיד משלים
המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני																				
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____																				
<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.	<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים?	<input type="checkbox"/> לא לתשומת לבך! התכנית מאפשרת צירוף ביטוח סיעודי משלים לביטוחי סיעוד באמצעות קופת חולים, עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים, בהתאם לתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים.																				
<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> קופת חולים והגוף המבטח	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר																				
<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> תקופת המתנה	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)																				
<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> תקופת תשלום התגמול הסיעודי	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים																				
ש"ח _____	סכום גמלת הסיעוד החודשית	ש"ח _____																				

**הערה:** תקופת המתנה לביטוח סיעודי משלים (36 או 60 חודש), מותנית בכך שלמבוטח ביטוח סיעודי בסיסי המכסה את תקופת המתנה (36 או 60 חודש).

**הצהרת המועמד לביטוח - לפוליסת אחריות לעתיד משלים** אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים. ידוע לי כי תקופת המתנה 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 \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני \_\_\_\_\_

**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 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (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 סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

## הצהרת המבקש/ים/המועמד/ים לביטוח

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

### 1. ידוע לי/לנו כי:

- המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישירי או בעקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו קיימים אצלי/נו לפני תחילת הביטוח או לפני תאריך מילוי ההצעה 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 להיריון, ללידה ולתוצאותיהם.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלו/ה את דחייתה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח.

### 2. אני מצהיר/ה בזאת כי אני שולוח/ה של

### ולראייה באתי/נו על החתום:

### חתימת המועמד הראשון/בעל הפוליסה

שם המועמד	_____	מספר זהות	_____	חתימה	X
תאריך	_____	שם המועמד	_____	חתימה	X

**מינוי הסוכן כשולוח של בעל הפוליסה/המועמדים לביטוח**

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשולוח של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולוח, חתום על הנוסח שלהלן:

**נוסח המינוי** - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שולוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח XX

**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.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימה הסוכן \_\_\_\_\_

## 1. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינורס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס האשראי	מספר זהות
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	X

## 2. הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
קוד מוסד	קוד מוסד	7377	7377
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות		
מכתובת	מכתובת		
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/ הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מונגט, או רשמות על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה.	1. אני/ו הח"מ 2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממי/מאתנו בכתב ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אחי/נו/ה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ולבטל בהודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אחי/נו/ה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשע יום ממועד החיוב, אם אכזר/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. 3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/ם להסדיר עם המוטב. 4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ופי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע. 6. הבנק רשאי להוציא/ם לבטל חיוב, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על-ידי 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 שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שיקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.	חתימת בעל החשבון X תאריך _____		

פרטי המועמדים לביטוח	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ	מועמד ראשון	
								נ	ז

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	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 קטע 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	כן	לא			
				א. מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה ביולוגיים מדרגה ראשונה. אם כן, פרט: מה הקרבה, המחלה ובאיזה גיל לקו בה														
				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 (ברונכיטיס), COPD, אמפיזמה														
				ה. בעור: לרבות גידולים ו/או נגעים, פסוריאזיס, דלקות														
				ו. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ הדם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב ו/או הולכה, מום מולד, פגיעה במסתמים, טרשת עורקים, מפרצת באורטה, טרומבוזת ורידים מורחבים, PVD														
				ז. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, סחורים, 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 שריני, בעיות פרייון גם אצל גברים, קטע בהיריון, אשך טמיר, ורקוצלה														
				יז. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית ו/או רב מערכתית: לרבות דלקת מפרקים שגרנית, ראוטואיד, ארטריטיס, לופוס (זאבת)														

3		שאלות נוספות בעבור ביטוח סיעודי - למילוי רק אם ירכש 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 ניידות כדי ללכת, שימוש קבוע בקסטר 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.							

שאלות לסיכום												4							
ילדים עד גיל 18 - שמות												מועמד ראשון		מועמד שני					
1				2				3				4				כן		לא	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
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 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 או אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש עליידי "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 תהינה 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.
- 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 רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.
- ו. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

## 2. 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 **X**

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה **XX**

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

(סעיף 4(א) בחוזר המפקח)

כדי לברר אם בכוננתך 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 החלפה, 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 בריאות שבתוקף:  לא  כן

חתימת  
הסוכנות

חתימת  
הסוכן

תאריך