

הצעה לביטוח | בריאות | סיכוד

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה:		<input type="radio"/> מבוטח	<input type="radio"/> אחר (א למלא את הפרטים בטבלה)
שם בעל הפוליסה	ת.ז.	ס"ב	
תאריך לידה	טלפון	כתובת	
אופן הנבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע	<input type="radio"/> כרטיס אשראי	<input type="radio"/> הודעת תשלום
	<input type="radio"/> אופן התשלום	<input type="radio"/> חודשי	<input type="radio"/> רבע שנתי
		<input type="radio"/> חצי שנתי	<input type="radio"/> שנתי

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ס"ב
תאריך לידה	מין
<input type="radio"/> זכר	<input type="radio"/> נקבה
<input type="radio"/> רווק	<input type="radio"/> נשוי
<input type="radio"/> גרוש	<input type="radio"/> אלמן
<input type="radio"/> ילדים	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ס"ב
תאריך לידה	מין
<input type="radio"/> זכר	<input type="radio"/> נקבה
<input type="radio"/> רווק	<input type="radio"/> נשוי
<input type="radio"/> גרוש	<input type="radio"/> אלמן
<input type="radio"/> ילדים	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

פרטי הילדים		לצורך רכישת ביטוחים נוספים - יש למלא פרטי הילדים	
1.	שם הילד	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה תאריך לידה
2.	שם הילד	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה תאריך לידה
3.	שם הילד	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה תאריך לידה

מינוי מוטבים - למבוטח השני				
חלקים	קרבה	ת.ז.	שם	ס"ב

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי				
חלקים	קרבה	ת.ז.	שם	ס"ב



בעל הכרטיס	ת.ד.	תוקף הכרטיס עד	מס' הכרטיס	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס
------------	------	----------------	------------	--

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד	בנק	סניף	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
כתובת הסניף		611 קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
1. א/ו הח"מ	שם בעל/ החשבון כמופיע בספרי הבנק					
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד	מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון	
<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לילנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. גא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>						
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון					

אישור הבנק

לכבוד	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
הפניקס חברה לביטוח בע"מ	611 קוד מוסד			
ת.ד. 25333	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
תל-אביב 61253	חתימה וחומת הבנק			
קבלנו הוראות מ- ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.	שם הבנק	מספר הסניף	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחומת הבנק	
תאריך				

תוכניות ביטוח יסודיות

- (1726) בריאות על בטוח (514) בריאות על בטוח + (הרחבה ל-1726) (1724) קו כסף - פרק א' ניתוחים - פרמיה משתנה עד גיל 65 ומתקבעת בגיל 66 (1735) משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבטוח (ראה הצהרה בנושא)

חבילת קו כסף עולמי

- (327+1744+324+1722+1724) קו כסף לצעירים גילאים 22-34 (327+1744+324+1722+1731) קו כסף +66 (327+1744+324+1722+1730)

חבילת קו כסף משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבטוח (ראה הצהרה בנושא)

- (1735 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן
- (1738 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן לצעירים + ברות ביטוח משלים שב"ן
- (1739 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן לגילאי +66 + ברות ביטוח משלים שב"ן

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה

- (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב'). פרמיה משתנה עד גיל 65 ומתקבעת מגיל 66 ואילך (449) פרק ב' +66
 - (980) טיפולים מחליפי ניתוח (332) קו ירוק (511, 512) ריסק 1 ש"ח
 - (185) קו הספורט (ילידים עד גיל 18) (287) רופא עד הבית (909) מוות מתאונה ש"ח
 - (329) בריאות כמו גדול (1008) סל השירות (522) נכות מתאונה ש"ח
 - "מרפא" - מבטוח ראשי סכום ביטוח ש"ח
 - "מרפא" - מבטוח שני סכום ביטוח ש"ח
 - "מרפא" - מבטוח ילד סכום ביטוח ש"ח
 - (542) פלטינה (541) זהב (540) כסף (539) ארד (834) מרפא לילד
- * במרפא למבוגר - סכום הביטוח המקסימלי 500,000 ש"ח
 ** במרפא לילד - סכום הביטוח המקסימלי בפניקס למחלות קשות 250,000 ש"ח

קו מהיר מורחב

- (1725+566)

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה

- (1716) השתלות ועוד
 - (1744) סל הזהב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
 - (1732) משלים עולמי מהיר
 - (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב') (449) פרק ב' +66
 - "מרפא" - מבטוח ראשי סכום ביטוח ש"ח
 - "מרפא" - מבטוח שני סכום ביטוח ש"ח
 - "מרפא" - מבטוח ילד סכום ביטוח ש"ח
 - (542) פלטינה (541) זהב (540) כסף (539) ארד (834) מרפא לילד
- * במרפא למבוגר - סכום הביטוח המקסימלי 500,000 ש"ח
 ** במרפא לילד - סכום הביטוח המקסימלי בפניקס למחלות קשות 250,000 ש"ח

אחר

חבילת קו כסף עולמי לילדים כולל סל הזהב גילאים 0-21

- (329+327+324+1722+1744+1729)

- (1737 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744 + 329) חבילת קו כסף משלים שב"ן לילדים + ברות ביטוח משלים שב"ן

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה

- (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב')
- (980) טיפולים מחליפי ניתוח
- (185) קו הספורט (ילידים עד גיל 18)
- (834) מרפא לילד (834) מרפא לילד (סכום הביטוח המקסימלי בפניקס למחלות קשות 250,000 ש"ח)

חבילת עולם ומלואו

- (1719+1744+1723)

השתלות, סל הזהב, עולמי

השתלות ועוד + סל הזהב

(1723+1744)

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה

* במרפא למבוגר - סכום הביטוח המקסימלי 500,000 ש"ח ** במרפא לילד - סכום הביטוח המקסימלי בפניקס למחלות קשות 250,000 ש"ח	ש"ח _____ <input type="radio"/>	(1719) משלים עולמי <input type="radio"/>
	ש"ח _____ <input type="radio"/>	"מרפא" - מבוטח ראשי סכום ביטוח <input type="radio"/>
	ש"ח _____ <input type="radio"/>	"מרפא" - מבוטח שני סכום ביטוח <input type="radio"/>
	ש"ח _____ <input type="radio"/>	"מרפא" - מבוטח ילד סכום ביטוח <input type="radio"/>
(834) מרפא לילד <input type="radio"/> (539) ארד <input type="radio"/> (540) כסף <input type="radio"/> (541) זהב <input type="radio"/> (542) פלטינה <input type="radio"/>		(287) רופא עד הבית <input type="radio"/>
		(1718) בריא ושלם - אביזרים ושתלים <input type="radio"/>
אחר <input type="radio"/>		

חבילת כסף משלים לבריאות

(1727+1702+1716+1744) קו משלים בריאות לגבר וילד (1728+1704+1716+1744) קו משלים בריאות לאשה וילדה

משלים למחלים

ילדים	סכום פיצוי יומי משני	ראשי	
			(1733) יסודי - פיצוי לימי אשפוז חירום <input type="radio"/>
			(1007) פיצוי לימי החלמה <input type="radio"/>
			(1006) פיצוי לאשפוז אלקטיבי <input type="radio"/>
			(542) מרפא פלטינה <input type="radio"/>

רייזרים נוספים הניתנים לרכישה (על פוליסות בריאות)

כתבי שירות לכל הפוליסות	לקו כסף וקו מהיר בלבד	לכל הפוליסות
(287) כתב שירות רופא עד הבית <input type="radio"/>	(986) פרק ב' <input type="radio"/>	(1744) סל הזהב - תרופות שאינן כוללות בסל הבריאות <input type="radio"/>
(342) כתב שירות רפואה אלטרנטיבית אצל ספקי הסכם <input type="radio"/>	(449) פרק ב' +66 <input type="radio"/>	(1716) השתלות ועוד <input type="radio"/>
(331) כתב שירות - יעוץ פסיכולוגי <input type="radio"/>	(329) בריאות כמו גדול <input type="radio"/>	(334) קו הבריאות +10 <input type="radio"/>
(1008) סל השירות <input type="radio"/>	(185) קו הספורט (ילדים עד גיל 18) <input type="radio"/>	(511) ריסק משתנה מדי שנה <input type="radio"/>
	(332) קו ירוק <input type="radio"/>	(404) ריסק משתנה מדי 5 שנים <input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	(909) מוות מתאונה <input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	(852) נכות מתאונה <input type="radio"/>
		(1005) ריידר - פיצוי לימי אשפוז חירום (רייזרים נוספים יש לסמן בחבילת משלים למחלים) <input type="radio"/>
	(1736) ברות ביטוח למשלים שב"ן <input type="radio"/>	(1718) בריא ושלם - אביזרים ושתלים <input type="radio"/>

עתיר כבוד פרמיה קבועה

(1537) גובה פיצוי למבוטח ראשי ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) (1537) גובה פיצוי למבוטח שני _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח)

תקופת המתנה - 60 יום תקופת תשלום הפרמיות - לכל החיים תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח חדש

(1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____

(1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה ש"ח _____

תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף בחברת הפניקס

(1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____ מס' פוליסה _____

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

(1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____ מס' פוליסה _____

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה ש"ח _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

עתיר כבוד משלים

ראשי: (1538) 60 חודשי המתנה ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) (1539) 36 חודשי המתנה ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח)

שני: (1538) 60 חודשי המתנה ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) (1539) 36 חודשי המתנה ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח)

ביטוחים נוספים

מבוטח שני <input type="radio"/>	מבוטח ראשי <input type="radio"/>	סוג הכיסוי
ש"ח (838)	ש"ח (838)	<input type="radio"/> ברות ביטוח
ש"ח (512)	ש"ח (511)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה
ש"ח (405)	ש"ח (404)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים
ש"ח (909)	ש"ח (909)	<input type="radio"/> מוות מתאונה
ש"ח (52)	ש"ח (52)	<input type="radio"/> נכות מתאונה
ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (533, 523) <input type="radio"/> זהב (532, 522) <input type="radio"/> כסף (521, 531) <input type="radio"/> ארד (520, 530)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> כתב שירות רופא עד הבית (287)

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות				
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות				
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין משך תרופה מינון				
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין מתי משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח				
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך צורך משקאות חריפים? <input type="radio"/> כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות <input type="radio"/> לא				
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין מספר סגריות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)				
8.	האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.			
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?				
האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט?				
ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני? (7)				
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)				
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)				
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)				
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)				
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)				
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפימה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות				
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל				
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)				
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים וצממות, אחר? (10)				
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)				
9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?				
אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה האם הבדיקה היתה תקינה				
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?				
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים				

הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי

1.	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נייחות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3.	האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5.	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או באמר לך שהינך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1.	סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2.	גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטח הראשי

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1.	גובה משקל האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות	
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5) האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? כן - ציין תרופה תרופה מימן כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר? כן - ציין מתי משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? כן, ציין סוג/סוגים/כמות ליום/שבוע כוסיות כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כן, ציין מספר סגריות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8.	האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן התשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.
א.	מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב.	האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ג.	מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ד.	מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ה.	מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ו.	מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ז.	מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ח.	מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימת, אלרגיות, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ט.	האם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
י.	מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יא.	מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב.	מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9.	האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
10.	אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך האם הבדיקה היתה תקינה כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11.	האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11.	הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי	
1.	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נייודת, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3.	האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5.	האם קבלת ייעוץ/לדאוג לסידור סיעודי, או נאמר לך שהינך צפוי להיות מקבל לסיעוד תוך 12 חודש? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך	
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול
7. גידולים	8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטח השני					
תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
					<input checked="" type="checkbox"/>



פרטי הילד/ים המבוטח/ים					
1	שם משפחה	שם פרטי	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.
2	שם משפחה	שם פרטי	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.
3	שם משפחה	שם פרטי	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.
	קופ"ח	שם רופא מטפל	פרטי ההורה בפוליסה	שם משפחה	שם פרטי

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנבי מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	האם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3.	האם הגשת בקשה / קבלת / הן מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	האם כן, בא פרט: שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	האם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5.	האם הינך צורך משקאות חריפים?	האם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.	האם הינך צורך משקאות חריפים?	האם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	האם כן, ציין: שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____		

הצהרת בריאות ילדים (המשך)

8. האם היית או היך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.			
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הושלם בגופך קוצב לב או סטנט?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני (7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פרוין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10, 7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות
אם הנך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____			
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? אם כן - ציין שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים

ילדים בפוליסת בריאות עד גיל חצי שנה יש לצרף בנוסף להצהרת הבריאות גם טופס שיחרור ילוד מבית חולים.

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. סוכרת | 6. דרכי העיכול |
| 2. גב ועמוד השדרה | 7. גידולים |
| 3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם | 8. בעיות נפשיות |
| 4. דרכי הנשימה | 9. שאלון יתר לחץ דם |
| 5. נכויות/פציעות | 10. שאלון מחלות כללי |

חתימת ההורה/אפוטרופוס

<input checked="" type="checkbox"/>		שם ההורה/אפוטרופוס	תאריך
חתימה	מספר ת.ז.		



ביטוח סיעודי עם תקופת המתנה ארוכות

פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 חודשים או 60 חודשים משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח או לקבוצות או לקולקטיבים או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסות הסיעוד בצמידות לפוליסות הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח או בקבוצה או בקולקטיב או בפוליסה פרטית (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 במצב סיעודי.

לתשומת לבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד 36 או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעודי שבמסגרת קופת חולים או קבוצה או קולקטיב או פוליסת סיעוד פרטית.

<p>האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?</p>		<p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p>
<p>קופת חולים</p>		<p>כללית <input type="radio"/> מכבי <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> לאומית <input type="radio"/> הגוף המבטח</p>
<p>הקולקטיב המבטח*</p>		<p>שם הקולקטיב</p>
<p>פוליסה סיעוד פרטית*</p>		<p>הגוף המבטח</p>
<p>* בא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).</p>		

הצהרת המועמד לביטוח

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים קבוצה או קולקטיב ה פוליסה סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המבוטח השני</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p>תאריך</p>
---	--	--------------

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 או 60 חודשים מותנית בהיותו מבוטח בביטוח הסיעודי המצורף לקופת החולים או לקבוצה או לקולקטיב או לפוליסה פרטית. כמו כן הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת עתיר כבוד כולל תקופת המתנה בת ה-36 או 60 חודשים ובהם 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 קופת חולים, קבוצה או קולקטיב, פוליסה פרטית מתאימה.

<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת הסוכן</p>	<p>תאריך</p>
---	--------------

הריני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את המדרוך לקונה ביטוח סיעודי.

<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המבוטח השני</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת בעל הפוליסה</p>	<p>תאריך</p>
---	--	---	--------------



משלים שב"ן - גילוי נאות

- א. 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 ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

הצהרת המבוטח למשלים שב"ן

- אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.
- אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על ההצהרה בשמם כאפוסטרופס/ית טבעי/ת.

✓	✓		
חתימת המבוטח השני	חתימת המבוטח הראשי	ת.ד.	ת.ד.

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

1. אני/ו החתומים/ים מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתקופה רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. (4) תשובתי ולא המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
2. אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או בעיות.
3. אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" להלן "המבקש", את כל הפרטים המדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

✓	✓	✓	
חתימת המבוטח השני	חתימת המבוטח הראשי	חתימת בעל הפוליסה	ת.ד.

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

אני/אנו החתומים/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

✓	✓	✓	
חתימת המבוטח השני	חתימת המבוטח הראשי	חתימת בעל הפוליסה	ת.ד.

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מנבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכונות.

✓	✓		
חתימת המבוטח השני	חתימת המבוטח הראשי	ת.ד.	ת.ד.

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.

✓			
חתימה וחתימת הסוכן	חתימת המבוטח הראשי	ת.ד.	ת.ד.



שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

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

פוליסות ביטוח חיים	
האם בידוך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:	
1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח החיים הקיימות שבידוך:	
יבוטלו	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ייפדו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יסולקו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

האם בידוך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
במקרה שהתשובה היא כן:	
2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:	
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסוי בריאות)	
האם בידוך פוליסות בריאות שבתוקף?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:	
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות הביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):	
1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
תסולקנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
תסתיימנה בכל דרך אחרת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:	
בכיסויים הביטוחיים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
בסכומי הביטוח או בפרמיה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

חתימות			
תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו- 2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.			
שם המבוטח	מס' ת.ז.	טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך	חתימת המבוטח <input checked="" type="checkbox"/>		

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:			
שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן	תאריך
		<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	
		חתימת / חותמת הסוכנות	תאריך

