

**הצעה מקוצרת לביטוח בריאות וסיעוד (חוץ מאחריות לעתיד משלים)**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

שם הסוכן	מספרו	חותמת תאריך קבלה בחברה
שם הסוכנות		
מספר הצעה / פוליסה		
<input type="checkbox"/> אחריות משלים לשב"ן		

פרטי המועמד השני		הפרטים למילוי		פרטי המועמד הראשון (בעל הפוליסה)	
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה
יום	שנה	מספר זהות	תאריך לידה	יום	שנה
מין		מצב משפחתי		מין	
<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א	
משקל		משקל		משקל	
גובה		גובה		גובה	
ס"מ		ס"מ		ס"מ	
<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרטים/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 _____		<input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן _____ סיגריות/סיגרטים/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		מקצוע		מקצוע	
עיסוק בפועל		עיסוק בפועל		עיסוק בפועל	
רחוב		רחוב		רחוב	
מס' בית		מס' בית		מס' בית	
יישוב		יישוב		יישוב	
מיקוד		מיקוד		מיקוד	
רגיל		רגיל		רגיל	
נייד		נייד		נייד	
0		0		0	
קופת-חולים		קופת-חולים		קופת-חולים	
<input type="checkbox"/> לא משלים קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____		<input type="checkbox"/> לא משלים קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____		<input type="checkbox"/> לא משלים קופת-חולים <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		<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	משקל בק"ג	גובה בס"מ
1			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
2			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
3			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
4			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		

**ג. פרטי ביטוח הבריאות, הסיעודי או מחלות קשות**

<input type="checkbox"/> הביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> אחריות בסיסית חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (בלי טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (עם טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות משלים לשב"ן <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת <input type="checkbox"/> אחריות לילדים <input type="checkbox"/> אחר
<input type="checkbox"/> נספחים לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> תרופות מורחב <input type="checkbox"/> ייעוץ ובדיקות <input type="checkbox"/> ניתוחים בחו"ל <input type="checkbox"/> בריאות לאישה <input type="checkbox"/> כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/> אחר
<input type="checkbox"/> כתבי שירות לביטוח היסודי	<input type="checkbox"/> רפואה אלטרנטיבית <input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לאחריות <input type="checkbox"/> אחר
<input type="checkbox"/> אחריות לעתיד סיעוד	<input type="checkbox"/> תקופת המתנה 60 ימים <input type="checkbox"/> תקופת תשלום גמלת הסיעוד תקופת תשלום גמלת הסיעוד
<input type="checkbox"/> אחריות אישית לעתיד - נספח	<input type="checkbox"/> תקופת המתנה 60 ימים <input type="checkbox"/> תקופת תשלום גמלת הסיעוד תקופת תשלום גמלת הסיעוד
<input type="checkbox"/> אחריות לחיים (מחלות קשות)	<input type="checkbox"/> כפוליסה עצמאית (למבוטח חדש בלבד) <input type="checkbox"/> נספח רפואה שלמה לילד - מגיל שנה <input type="checkbox"/> כנספח לפוליסת בריאות מספר _____ <input type="checkbox"/> כנספח רפואה שלמה לילד - מגיל שנה
ש"ח _____	סכום ביטוח מועמד ראשון _____ סכום ביטוח מועמד שני _____

חתימת מועמד שני XX

חתימת מועמד ראשון X

תאריך \_\_\_\_\_

ש"ח \_\_\_\_\_

מק"ט 17913 / 65020236 ר"ה 5.2008

## ד. הצהרת בריאות מקוצרת

שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים		ילדים עד גיל 18 - שמות				מועד ראשון		מועד שני		מועד שלישי		מועד רביעי		מועד חמישי		מועד שש	
אנא סמן האם סבלת ו/או אתה סובל מבעיות רפואיות ו/או מחלה כלשהי על כל תשובה חיובית יש לפרט בסוף סעיף זה ובשאלון המתאים בשאלון אות						כן		לא		כן		לא		כן		לא	
						כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. במערכת העצבים ו/או הנפש, אירוע מוחי, שיתוקים, פרקינסון, פיגור שכלי, תסמונת דאון, בעיות קשב, PDD, טרשת נפוצה, ניוון שרירים (ב+ג)																	
2. בריאות ו/או בדרכי הנשימה, מחלות עור, פסוריאזיס, נגעים [ד+ה]																	
3. בלב ו/או בכלידם, לחץ דם מוגבר [ו]																	
4. בכבד, בלבלב ו/או במערכת העיכול [ז+ח]																	
5. בכליות ו/או בדרכי השתן, בערמונית [ט]																	
6. מחלות אנדוקריניות וחילוף חומרים, סוכרת, שומנים, FMF, גאוס [י]																	
7. בדם ובמערכת החיסון [יא]																	
8. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין, שחפת, איידס, נשאות איידס [יב]																	
9. מחלה ממארת ו/או גידול סרטני או גידול אחר [יג]																	
10. בעמוד שדרה, כאבי גב, במפרקים, בעצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות ראומטיות, ארטריטיס, לופוס (זאבת) [יד+יז]																	
11. באף, באוזן, בגרון, בעיניים [טו]																	
12. נשית: האם סבלת או סובלת מבעיות גינקולוגיות (רחם שרירני, ציסטות, ניתוח קיסרי, חבלות) או בעיות פריון? [טז]																	
13. ילדים: האם ניתן כל החיסונים בהתאם לגיל התפתחות הילד?																	
14. האם לוקח תרופות באופן קבוע או נמצא בבירור רפואי כלשהו? משתמש בסמים או באלכוהול כעת או בעבר?																	
15. האם אושפזת ב-3 השנים האחרונות? האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או אתה מועמד לניתוח, בדיקה פולשנית או הדמיה?																	
16. האם סובל ממום מולד ו/או תאונת, מחלה כרונית, קיימת נכות כלשהי?																	
17. האם הגשת ו/או אתה מקבל או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי? האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, לתפקד ולקיים מטלות משק הבית, האם אתה סובל מנשישות נפש ו/או דמנציה.																	

אם התשובה על אחת מן השאלות לעיל היא "כן" יש לפרט כאן, אם המקום אינו מספיק יש לצרף דף נוסף.

## ה. הצהרות

### 1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

א. אני נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, כולל: קופת החולים מכבי, קופת החולים כללית, קופת החולים לאומית, קופת החולים 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 לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים, בלא 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 ולמחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי מוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי ככל שהדבר

דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות עלי-חשבון פוליסה זו.  
 ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיבויני ובאיכוחי 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 קופת החולים ו/או רופאי ו/או עובדיה ו/או מי מטעמם ו/או נוטני 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:  
 א. עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה של 100%.  
 ב. ידוע לי שהחברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישורן או בעקיפין לבעיית הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

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

חתימת המבוטח השני **XX**

חתימת המבוטח הראשי **X**

תאריך

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.  
 ב. למימוש כסיו בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים 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 כסיו ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).  
 ד. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

### הצהרת המבקש/ המועמד/ים לביטוח:

ידוע לי/לנו כי:

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה שתקופתה 90 ימים. בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון, ללידה ולתוצאותיהם תקופת האכשרה היא 365 ימים ממועד התחלת הביטוח.  
 2. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים כי קיבלו/ה או דחייתה של הצעתנו/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח. במקרה של דחיית ההצעה המבטח ינמק את החלטתו.  
 3. הצהרת המועמד לביטוח הסיעודי: אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי לידי את המדריך לקונה ביטוח סיעודי.  
 4. למבטחי פוליסת אחריות משלים: א. הכיסוי בגין ניתוחים על-פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על-פיו ישולמו תגמולי ביטוח

### ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

## 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 בדין 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח הראשי  חתימת המבוטח השני

### הצהרת הסוכן

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות

### ה. פרטי כרטיס האשראי

שם בעל כרטיס האשראי	סוג הכרטיס
מספר כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דיירוס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר
מספר זהות	
תוקף הכרטיס	
חודש	20
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 בני ובין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.	
תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>	

### ט. הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מסלוקה
7377		7377			
לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ כתובת _____			1. אני/ הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____		
מכתובת _____					
נתונים/ לכן בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הגיל בסניפכם בגין פרמיה/יות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנגני, או רשימות על ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט בפרטי ההרשאה. ידוע לי/לנו כי:					
א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מתנו בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר תמונה/הודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין. ב. אהיה/נחיה 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/נחיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. 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 ממני/מתנו.					
פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועד ייקבעו מעת לעת על ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.					
תאריך _____ חתימת בעלי החשבון <input checked="" type="checkbox"/>			תאריך _____ חתימת בעלי החשבון <input checked="" type="checkbox"/>		