

הצעה לביטוח | בריאות | סיעוד

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

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

ביטוח בריאות ביטוח סיעוד

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: מבוטח אחר (א למלא את הפרטים בטבלה)

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	ס"ב	תאריך לידה
כתובת	טלפון		
<input type="radio"/> אופן הגבייה <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	ס"ב	תאריך לידה
<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		<input type="radio"/> מין <input type="radio"/> מצב המשפחתי	
הרופא המטפל	קופת חולים	כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי

שם פרטי	שם משפחה	ס"ב	תאריך לידה
<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		<input type="radio"/> מין <input type="radio"/> מצב המשפחתי	
הרופא המטפל	קופת חולים	כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

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

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. כן לא

לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חיך ?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>

פרטי הילדים		לצורך רכישת ביטוחים נוספים - יש למלא פרטי הילדים	
שם הילד	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.
שם הילד	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.
שם הילד	ט"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	ת.ז.

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

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



✔						
חתימת בעל/ת הכרטיס	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס עד	ת.ד.	שם בעל הכרטיס	ס"ב	

הרשאה לחיוב חשבון

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">קוד בנק</td> <td style="width: 15%;">קוד סניף</td> <td style="width: 15%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 55%;">מספר החשבון בבנק</td> </tr> </table>				קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">בנק</td> <td style="width: 50%;">סניף</td> </tr> </table>		בנק	סניף
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק								
בנק	סניף										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> <td style="width: 50%;">611 קוד מוסד</td> </tr> </table>				אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	611 קוד מוסד	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100%;">קודת הסניף</td> </tr> </table>		קודת הסניף			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	611 קוד מוסד										
קודת הסניף											
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">ס"ב</td> <td style="width: 85%;">שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</td> </tr> </table>				ס"ב	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">אב/ו הח"מ</td> <td style="width: 90%;">מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון</td> </tr> </table>		אב/ו הח"מ	מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון		
ס"ב	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק										
אב/ו הח"מ	מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">מיקוד</td> <td style="width: 35%;">עיר</td> <td style="width: 15%;">מספר</td> <td style="width: 35%;">רחוב</td> </tr> </table>				מיקוד	עיר	מספר	רחוב	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100%;">כתובת</td> </tr> </table>		כתובת	
מיקוד	עיר	מספר	רחוב								
כתובת											
<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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 לי/לנו כי: 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. ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. 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 לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל-ינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p>											
<p>4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו 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. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>											
<p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>											
✔											
חתימת בעלי החשבון				תאריך							

אישור הבנק

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">קוד בנק</td> <td style="width: 15%;">קוד סניף</td> <td style="width: 15%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 55%;">מספר החשבון בבנק</td> </tr> </table>				קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	<p>לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 25333 תל-אביב 61253</p>	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> <td style="width: 50%;">611 קוד מוסד</td> </tr> </table>				אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	611 קוד מוסד				
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	611 קוד מוסד								
<p>קבלנו הוראות מ-_____ לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>									
✔									
חתימה וחתימת הבנק		מספר הסניף		שם הבנק					
				תאריך					

תוכניות ביטוח יסודיות

- (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 מבוטח (ראה הצהרה בנושא)
- (1725) קו מהיר (1723) השתלות (1726) בריאות על בטוח

חבילת קו כסף עולמי - פרק א + השתלות + עולמי + תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

- חבילת קו כסף עולמי (1724 + 1722 + 324 + 1744 + 327)
- קו כסף לצעירים גילאים 22-34 (1731 + 1722 + 324 + 1744 + 327)
- קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-21 (1729 + 1744 + 1722 + 324 + 327 + 329)
- קו כסף +66 (1730 + 1722 + 324 + 1744 + 327)

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

- חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן (1735 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744)
- חבילת קו כסף משלים שב"ן לילדים + ברות ביטוח משלים שב"ן (1737 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744 + 329)
- חבילת קו כסף משלים שב"ן לצעירים + ברות ביטוח משלים שב"ן (1738 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744)
- חבילת קו כסף משלים שב"ן לגילאי +66 + ברות ביטוח משלים שב"ן (1739 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744)

חבילת קו מהיר מורחב

- (1725 + 1726 + 1716 + 1732 + 1744) קו מהיר לבריאות (פיצוי + שיפוי) כולל השתלות, עולמי מהיר וכיסוי תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה לחבילות קו כסף וקו מהיר מורחב בלבד

- (980) טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו כסף) (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב'). (449) פרק ב' גיל +66
- (185) קו הספורט (לילדים עד גיל 17) (329) בריאות כמו גדול (332) קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית אחר

חבילת השתלות ועוד + סל הזהב

- (1744 + 1723) השתלות + כיסוי לתרופות שלא כלולות בסל הבריאות (1719 + 1744 + 1723) חבילת עולם ומלואו + כיסוי לניתוחים בחו"ל

חבילת קו משלים לבריאות - פיצוי משלים לניתוחים + השתלות + סל הזהב

- (1727 + 1716 + 1744) ראשי גבר (1704 + 1716 + 1744) משני אשה (1713 + 1716 + 1744) ילד
- (1728 + 1716 + 1744) ראשי אשה (1702 + 1716 + 1744) משני גבר (1714 + 1716 + 1744) ילדה

חבילת משלים למחלים

סכום פיצוי יומי - (מינימום - 100 ש"ח, מקסימום - 1,000 ש"ח)

מבוטח	<input type="radio"/> (1733) - פיצוי לימי אשפוז חירום	<input type="radio"/> (1005) - פיצוי לימי אשפוז חירום	<input type="radio"/> (1006) - פיצוי לאשפוז אלקטיבי	<input type="radio"/> (1007) - פיצוי לימי החלמה
ראשי	ש"ח		ש"ח	ש"ח
משני		ש"ח	ש"ח	ש"ח
ילדים		ש"ח	ש"ח	ש"ח

ריידרים וכתבי שירות נוספים הניתנים לרכישה

ריידרים	כתבי שירות
<input type="radio"/> (1744) סל הזהב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות <input type="radio"/> (514) בריאות על בטוח + (הרחבה ל-1726)	<input type="radio"/> (287) כתב שירות רופא עד הבית
<input type="radio"/> (1716) השתלות ועוד <input type="radio"/> (1718) בריא ושלם - אבזרים ושתלים	<input type="radio"/> (342) כתב שירות רפואה משלימה אצל ספקי הסכם
<input type="radio"/> (334) קו הבריאות +10	<input type="radio"/> (331) כתב שירות - ייעוץ פסיכולוגי
<input type="radio"/> (1005) פיצוי לימי אישפוז חירום - סכום פיצוי יומי ש"ח	<input type="radio"/> (1008) כתב שירות - סל שרותים

מבוטח ראשי	מבוטח משני
<input type="radio"/> (539) נה <input type="radio"/> (603) נה	<input type="radio"/> (603) נה
<input type="radio"/> (540) נה <input type="radio"/> (604) נה	<input type="radio"/> (604) נה
<input type="radio"/> (541) נה <input type="radio"/> (605) נה	<input type="radio"/> (605) נה
<input type="radio"/> (542) נה <input type="radio"/> (606) נה	<input type="radio"/> (606) נה
<input type="radio"/> (834) נה	

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות בפוליסה עצמאית

סוג	ראשי	משני
ארד	<input type="radio"/> (1733 + 539) ש"ח	<input type="radio"/> (603) ש"ח
כסף	<input type="radio"/> (1733 + 540) ש"ח	<input type="radio"/> (604) ש"ח
זהב	<input type="radio"/> (1733 + 541) ש"ח	<input type="radio"/> (605) ש"ח
פלטינה	<input type="radio"/> (1733 + 542) ש"ח	<input type="radio"/> (606) ש"ח
מרפא ילדים	<input type="radio"/> (834) ש"ח	

* 1733 בסכום ביטוח של 1 ש"ח

עתיר כבוד פרמיה קבועה - 60 יום המתנה

(1537) גובה פיצוי למבוטח ראשי ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח) תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1537) גובה פיצוי למבוטח שני ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח) תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

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

(1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (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) - מבטוח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף בחברת הפניקס

(1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____ מס' פוליסה _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____ מס' פוליסה _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____ מס' פוליסה _____ תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים
 (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה ש"ח _____ מס' פוליסה _____ 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)

סיעוד 360° - כיסוי למטופל סיעודי בבית ובמוסד

(1745) מבטוח ראשי (1745) מבטוח שני (1746) ילד (עד גיל 20) תקופת תשלום התגמול הסיעודי 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

כיסויים נוספים הניתנים לרכישה

כיסוי בריאות - בהוספת הכיסויים הבאים יש להוסיף פסקאות 578 ו-579

סוג הכיסוי	מבטוח ראשי <input type="radio"/>	מבטוח שני <input type="radio"/>
<input type="radio"/> (1716) השתלות ועוד	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> (1744) סל זהב	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> (1718) בריא ושלם	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> (287) כתב שירות רופא עד הבית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות בפוליסה עצמאית

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות בפוליסה עצמאית

סוג	ראשי	משני
סכום פיצוי למחלות קשות	סכום פיצוי למחלות קשות	סכום פיצוי למחלות קשות
ארד <input type="radio"/> (1733 + 539)	ש"ח <input type="radio"/> (603)	ש"ח <input type="radio"/>
כסף <input type="radio"/> (1733 + 540)	ש"ח <input type="radio"/> (604)	ש"ח <input type="radio"/>
זהב <input type="radio"/> (1733 + 541)	ש"ח <input type="radio"/> (605)	ש"ח <input type="radio"/>
פלטינה <input type="radio"/> (1733 + 542)	ש"ח <input type="radio"/> (606)	ש"ח <input type="radio"/>
מרפא ילדים	ש"ח <input type="radio"/> (834)	ש"ח <input type="radio"/>

* 1733 בסכום ביטוח של 1 ש"ח

רכישת ביטוחים במסגרת ביטוח חיים (בפוליסה עצמאית נפרדת)

רכישת ביטוחים במסגרת ביטוח חיים (בפוליסה עצמאית נפרדת)	מבטוח ראשי	מבטוח משני	ילד
ריסק משתנה מידי שנה <input type="radio"/> (510)	נה <input type="radio"/> (512)	נה <input type="radio"/>	
ריסק משתנה מידי 5 שנים <input type="radio"/> (403)	נה <input type="radio"/> (405)	נה <input type="radio"/>	
מוות מתאונה <input type="radio"/> (909)	נה <input type="radio"/> (909)	נה <input type="radio"/>	
נכות מתאונה <input type="radio"/> (52)	נה <input type="radio"/> (52)	נה <input type="radio"/> (152)	

← הצהרת בריאות - מבוסס ראשי

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

1. גובה משקל האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן לא
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 לא
3. אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5) האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? כן לא
4. אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? כן לא
5. אם כן - ציין תרופה מינון האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר? כן לא
6. אם כן - ציין מתי משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? כן לא
7. אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כן לא
8. אם כן, ציין מספר סגריות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) 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)? כן לא
 - ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7) כן לא
 - 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? (7,10) כן לא
 - ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (7,10) כן לא
 - ה. מחלות הילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (7,10) כן לא
 - ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (7,10) כן לא
 - ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (7,10) כן לא
 - ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפימה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (7,10) כן לא
 - ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (7,10,5) - במקרה נכויות ופגיעות כן לא
9. אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (7,10) כן לא
10. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10) כן לא
11. 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) כן לא
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 לא
10. אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה האם הבדיקה היתה תקינה כן לא
11. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? כן לא
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים כן לא

← 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 לא
2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים? כן לא
3. האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)? כן לא
4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר? כן לא
5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או באמך לך שהינך צפוי להיות מקץ לסיעוד תוך 12 חודש? כן לא

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

← חתימת המבוסס 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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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 <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3.	אם 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) האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> כן - ציין תרופה <input type="radio"/> מימן
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר? <input type="radio"/> כן - ציין מתי משך האשפוז <input type="radio"/> סיבת האשפוז / הניתוח
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? <input type="radio"/> כן, ציין כמות ליום/שבוע <input type="radio"/> כוסיות
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? <input type="radio"/> כן, ציין מספר סגריות ליום <input type="radio"/> משך העישון בשנים <input type="radio"/> 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 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, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ב.	האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ג.	מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ה.	מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ו.	מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ז.	מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ח.	מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ט.	מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
י.	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
יא.	מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
10.	אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך האם הבדיקה היתה תקינה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11.	האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11.	הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3.	האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
4.	האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5.	האם קבלת ייעוץ לראשית סיעודי, או באמר לך שהינך צפוי להיות מקב לסייעוד תוך 12 חודש? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

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

פרטי הילד/ים המבוטח/ים					
1	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה מין	תאריך לידה
2	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה מין	תאריך לידה
3	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה מין	תאריך לידה
	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?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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	אם 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)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3.	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	אם כן, בא פרט:	שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____	שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	אם כן - ציין: שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____	שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך צורך משקאות חריפים?	אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____	שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

חתימת ההורה/אפוטרופוס
 מספר ת.ז. _____
 שם ההורה/אפוטרופוס _____
 תאריך _____

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 פריון, 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 (F.M.F), 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		

ילידים 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"/>		
תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	מספר ת.ז.	חתימה

שם ההורה	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (1)	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (2)	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

בכל מקרה של תשובה חיובית יש לפרט למטה ו/או בדף נוסף ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

בא לענות על השאלות הבאות		ילד 1	ילד 2
1	האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2	האם הילד אושפז לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3	האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים או משפחה?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4	האם בוצעו ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5	האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6	האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.1	בעיות בהתפתחות הילד?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.2	ליקויים ומחלות של מערכת השלד והשרירים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.3	מחלות לב ו/או כלי דם?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.4	ליקויים או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.5	ליקויים או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.6	ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים? החושים? בעיות נוירולוגיות? בעיות אוזניים? עיניים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.7	ליקויים ו/או מחלות של מערכת הפרשה הפנימית? בעיות בחילוף חומרים? סוכרת? מחלת כבד?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.8	מחלות ובעיות עור?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.9	ממחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.10	ליקויים או מחלות של הפה? הגרון? דרכי העיכול?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

ילדים עד גיל חצי שנה :

2.	יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים או דו"ח על הלידה וממצאיה. אם אין בידי ההורים מסמך כזה או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.1	באיזה שבוע הייתה הלידה?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.2	האם היו סיבוכים בלידה?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.3	אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.4	האם הומלץ בשחרור על מעקב מיוחד?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.5	מה הייתה דרגת אפגר אחרי דקה? _____ אחרי 5 דקות? _____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

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

פרטים נוספים (אם המקום אינו מספיק לפירוט - אנא פרטי/ בדף נפרד)

שם הילד	שאלה מס'	אבחנה/בדיקה	תאריך התחלה	תאריך סיום	אירועים חוזרים	הבראה מלאה	סוג טיפול
שם הילד	שאלה מס'	אבחנה/בדיקה	תאריך התחלה	תאריך סיום	אירועים חוזרים	הבראה מלאה	סוג טיפול

הצהרות

הנני מצהיר/ה כי הצהרה זו חלה על הילדים הכלולים בה ואני חותם/מת על הצהרה זו בשמם כאפוסטרופוס טבעי. הריני מצהיר/ה כי תשובתי על כל השאלות הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעתי או בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את תגמולי הביטוח. הריני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירוף הילדים לביטוח. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואיחסונו לכל גוף שהמבטח ימצא לנכון בכפוף לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נתן/ת בה רשות לקופ"ח 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 חברה לביטוח בע"מ" (להלן: המבקש), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תמי הקבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר או בהווה ו/או שתהיינה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לכ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ולסוכן הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/אפוסטרופוס

תאריך	שם ההורה/אפוסטרופוס	מספר ת.ד.	חתימה
-------	---------------------	-----------	-------

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 ה"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.

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופת חולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מן השב"ן.
קופת חולים	<input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> מכבי <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> לאומית <input type="radio"/> הגוף המבטח	
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב	הגוף המבטח
פוליסה סיעוד פרטית*	הגוף המבטח	

* נא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).

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.

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

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 לקופות 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.

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

המדריך לקונה הסיעודי

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

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



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 בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסויי בריאות)

האם בדיך פוליסות בריאות שבתוקף?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):

1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסולקנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסתיימנה בכל דרך אחרת

כן לא

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 לא

בסכומי הביטוח או בפרמיה

כן לא

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.ד.	טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך	חתימת המבוטח <input checked="" type="checkbox"/>		חתימת המבוטח

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:

כן לא

שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת / חותמת הסוכנות <input checked="" type="checkbox"/>	

