תחום ביטוח בריאות
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

קשרי לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

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

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

◯ להצטרף לתכנית ביטוח בריאות/סיעוד כמפורט להלן:
◯ להוסיף/ לשדרג/ להמיר כיסויים בפוליסת בריאות/ סיעוד כמפורט להלן:

מספר פוליסה קיימת:

פרטי המועמדים לביטוח

	שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	עיסוק/תחביבים מסוכנים
מבוטח ראשי/ בעל הפוליסה					ז / נ			
מבוטח שני					ז / נ			
ילד 1					ז / נ			
ילד 2					ז / נ			
ילד 3					ז / נ			
ילד 4					ז / נ			

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. בא סמן ◯ לא ◯ כן

מינוי מוטבים למקרה מוות (בפוליסת סיעוד ותאונות אישיות)

	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קרבה	% חלק
מבוטח ראשי				ז / נ		
מבוטח שני				ז / נ		

ביטוח בריאות

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח | | | 0 | 2 | | | 1 | 0

פירוט הכיסוי המבוקש

◯ קו כסף עולמי (1724+1722+1744+324+327+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-20 (1729+1722+1744+324+327+329) ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ קו כסף עולמי לצעירים גילאי 21-34 (1731+1722+1744+324+327+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ קו כסף +66 (1730+1722+1744+324+327) ◯ ראשי ◯ שני

חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן – מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה):

◯ קו כסף משלים שב"ן (1735+1736+1722+1744+324+327+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ משלים שב"ן לילדים 0-20 (1737+1736+1722+1744+324+327+329) ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ משלים שב"ן לצעירים 21-34 (1738+1736+1722+1744+324+327+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ משלים שב"ן לגילאי +66 (1739+1736+1722+1744+324+327) ◯ ראשי ◯ שני

◯ חבילת קו מהיר מורחב (1725+566+1716+1732+1744+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ חבילת השתלות ותרופות (1723+1744+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4
◯ עולם ומלואו (השתלות תרופות ועולמי) (1723+1719+1744+1597) ◯ ראשי ◯ שני ◯ ילד 1 ◯ ילד 2 ◯ ילד 3 ◯ ילד 4

חבילת קו משלים לבריאות (פיצוי משלים לניתוחים+ השתלות+ תרופות):

◯ ראשי גבר (1727+1716+1744+1597) ◯ משני גבר (1702) ◯ ילד (1713)
◯ ראשי אישה (1728+1716+1744+1597) ◯ משני אישה (1704) ◯ ילדה (1714)

ביטוחים נוספים לרכישה לחבילות קו הכסף וקו מהיר מורחב בלבד:

◯ פרק ב'- טיפולים אמבולטוריים (986) לגילאי +66 (449) ◯ כתב שירות: רופא עד הבית (287) ◯ כתב שירות:ייעוץ פסיכולוגי (331)
◯ טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו הכסף) (980) ◯ כתב שירות: רפואה משלימה (342) ◯ סל הזהב (1744)
◯ קו ירוק – רפואה אלטרנטיבית (332) ◯ כתב שירות: סל שירותים (1008) ◯ סייג תאונות דרכים (260)
◯ בריא ושלם (1718) ◯ בריאות כמו גדול (עבור קו הכסף) (329) ◯ סייג תאונות עבודה (1597)

חבילת משלים למחלים: סכום פיצוי יומי (מינימום 100 ₪ מקסימום 1,000 ₪)

◯ **פיצוי אשפוז חירום (1733+1597)** ◯ ראשי _____ ₪

◯ **פיצוי אשפוז חרום למשני וילדים (1005)**

◯ שני _____ ₪ ◯ ילד 1 _____ ₪ ◯ ילד 2 _____ ₪ ◯ ילד 3 _____ ₪ ◯ ילד 4_____ ₪

◯ **פיצוי אשפוז אלקטיבי (1006)**

◯ ראשי _____ ₪ ◯ שני _____ ₪ ◯ ילד 1 _____ ₪ ◯ ילד 2 _____ ₪ ◯ ילד 3 _____ ₪ ◯ ילד 4_____ ₪

◯ **פיצוי ימי מחלה (1007)**

ראשי _____ ₪ ◯ שני _____ ₪ ◯ ילד 1 _____ ₪ ◯ ילד 2 _____ ₪ ◯ ילד 3 _____ ₪ ◯ ילד 4_____ ₪

הוספת כיסוי "מרפא" - פיצוי למחלות קשות לפוליסה קיימת (סמן ב-X) ◯ **בפוליסה עצמאית יש לרכוש כיסוי יסוד 1194**

מקסימום סכום ביטוח למחלות קשות: למבוגר 500,000 ₪, לילד 250,000 ₪

מרפא – מבוטח ראשי ◯ פלטינה (542) ◯ זהב (541) ◯ כסף (540) ◯ ארד(539) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא – מבוטח משני ◯ פלטינה (606) ◯ זהב (605) ◯ כסף (604) ◯ ארד(603) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא – מבוטח ילד ◯ ילד (834) (ילדים בפוליסת הורים בלבד)

◯ ילד 1 _____ ₪ ◯ ילד 2 _____ ₪ ◯ ילד 3 _____ ₪ ◯ ילד 4_____ ₪

ביטוח סיעוד

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח | | | | 0 | 2 | 0 | 1 |

פירוט הכיסוי המבוקש

סעודי 360 (פרמיה קבועה) - 30 יום המתנה - סכום ביטוח מקס' 10,000 ₪ בבית

◯ (1504) מבוטח ראשי. גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1504) מבוטח שני גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי : ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1504) ילד 1/2/3/4 גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי : ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

סיעודי 360 (פרמיה קבועה) - תקופות המתנה ארוכות. תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים. סכום ביטוח מקסימום 10,000 ש"ח בבית

◯ (1505) מבוטח ראשי 36 חודשי המתנה_____ ₪ ◯ מבוטח ראשי (1506) 60 חודשי המתנה_____ ₪

◯ (1505) מבוטח שני 36 חודשי המתנה_____ ₪ ◯ מבוטח שני (1506) 60 חודשי המתנה_____ ₪

◯ (1505) ילד 1/2/3/4 36 חודשי המתנה_____ ₪ ◯ ילד 1/2/3/4 (1506) 60 חודשי המתנה_____ ₪

עתיר כבוד (פרמיה קבועה) - 60 יום המתנה (מקסימום 22,000 ₪)

◯ (1537) מבוטח ראשי גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1537) מבוטח שני גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1537) ילד 1/2/3/4 גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

עתיר כבוד משלים - תקופת תגמול לכל החיים. (מקסימום 22,000 ₪)

◯ (1539) מבוטח ראשי 36 חודשי המתנה _____ ₪ ◯ מבוטח ראשי (1538) 60 חודשי המתנה_____ ₪

◯ (1539) מבוטח שני 36 חודשי המתנה _____ ₪ ◯ מבוטח שני (1538) 60 חודשי המתנה_____ ₪

סעודי 360 (פרמיה משתנה) - עד גיל כניסה 55

◯ (1745) מבוטח ראשי גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1745) מבוטח שני גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

◯ (1746) ילד 1/2/3/4 גובה פיצוי למבוטח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים. ◯ 96 חודשים. ◯ כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה + משתנה) מבוטח חדש / מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף (גיל כניסה מקסימאלי – 60)

◯ (1537) גובה פיצוי למבוטח ראשי פרמיה קבועה _____ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

◯ (1734) גובה פיצוי למבוטח ראשי פרמיה משתנה _____ש"ח לתקופה _____ (60 חודש/96 חודש/ לכל החיים)

◯ (1537) גובה פיצוי למבוטח שני פרמיה קבועה _____ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

◯ (1734) גובה פיצוי למבוטח שני פרמיה משתנה _____ש"ח לתקופה _____(60 חודש/96 חודש/ לכל החיים)

*יש לציין את סכומי הביטוח בפרמיה הקבועה ובפרמיה המשתנה ביחס שלא יפחת מ- 1:1 בהתאמה.

*סכום ביטוח מקסימאלי: 10,000 ₪ לכל פוליסה.

*גיל כניסה מקסימאלי – 60

שדרוג - סמן את הפעולה הרצויה

◯ **סל הזהב** (1744) - (בשדרוג יש להוסיף פיסקה 730) - **יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת בשדרוג מסגולה מורחבת אין צורך בהצהרה.**

◯ **השתלות ועוד** (1723/1722/1716) - **בשדרוג מכיסוי השתלות בסיס יש למלא הצהרת בריאות מלאה.**

◯ **קו עולמי מורחב** (324) שדרוג כיסוי הניתוחים בחו"ל במסגרת חבילת קו כסף עולמי - **ללא הצהרת בריאות.**

◯ **משלים עולמי מהיר** (1732) - לשדרג את כיסוי בינלאומי מהיר - **ללא הצהרת בריאות.**

◯ **קו כסף עולמי** (1724) מקו מהיר - **ללא הצהרת בריאות.**

הצהרת בריאות

	שאלות	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	לנשים: האם את בהריון ◯ כן ◯ לא						
	גובה						
	משקל						
1.	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטל/ת תרופות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן, ציין תרופה:_____מינון:_____תרופה:_____:מינון _____						
2.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כלשהיא? (5)	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
3.	האם הינך סובל/ת ו/או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים,שיתוקים,כאבי ראש כרוניים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם(10) סוכרת (1), יתר לחץ דם(9)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן, פרט						
4.	האם הינך סובל/ת ו/או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני (7), מחלות דרכי נשימה, אסטמה (4), עיוורון מלא ו/או חלקי ו/או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים ו/או חירשות, מחלות עור (10/5), מחלות בדרכי העיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2), פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן, פרט						
5.	האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או ייעצו לך לעבוד ניתוח בעתיד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן ציין: מתי:_____משך האשפוז:_____סיבת האשפוז/ ניתוח:_____						
6.	האם עברת ו/או האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בעתיד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
7.	האם הינך סובל/ת מהפרעות רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן, פרט:						
8.	האם הינך סובל/ת ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס? (10)	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
9.	האם הינך מעשן או עישנת סיגריות בעבר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	אם כן פרט מס' ליום _____ משך בשנים _____ מועד הפסקה _____						
	האם הנך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	האם הנך צורך משקאות חריפים? משקאות חריפים ליום/שבוע _____ כוסיות	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
10.	האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוט, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה,אוסטיאופורוזיס? (3)	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	הצהרת בריאות- הצעה לביטוח סיעודי						
1.	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2.	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או נאמר לך שהנך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
3.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
4.	האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
	בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, יש למלא שאלון מחלות מפורט על פי מספר השאלון המצוין בסוגריים. בהעדר שאלון ספציפי יש למלא שאלון מחלות כללי						
	לילדים עד גיל חצי שנה: יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מביה"ח או דו"ח על הלידה וממצאיה. בהעדר הדו"ח יש למלא הצהרת בריאות מיוחדת לילדים עד גיל 5.						

	הצהרת בריאות מקוצרת לשדרוג כיסויים כמוגדר בטופס	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1.	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2.	האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות ממאירות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, מחלות בדרכי השתן?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
3.	האם עברת בשנתיים האחרונות בירור רפואי או בדיקות רפואיות שאינן בדיקות שגרה? נא פרט.האם אתה עומד לעבור ניתוח ו/ או יעצו לך לעבור ניתוח כלשהו או טיפול מחליף ניתוח? אם כן, נא פרט.	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא

ויתור על סודיות רפואית

אני/ אנו מתחייב בעת הגשת התביעה או לצורך כל ברור של החברה לחתום על טופס ויתור על סודיות רפואית.

הצהרות

אני/אנו המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן:החברה) לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. 4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. הנני/ו להצהיר כי למיטב הבנתי/נו, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוחי או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם. במידה והתשובה היא חיובית לאחת מהשאלות בסעיף זה (סעיף 5), יש למלא שאלון החלפה מלא. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

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 חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרת שחלוף

הנני להצהיר כי **למיטב הבנתי, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף**, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוחי או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם.

במקרה ואחת מההצהרות בסעיף זה אינה נכונה , יש למלא שאלון החלפה מלא.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרה לביטוח סיעודי

פוליסת עתיר כבוד וסיעודי 360 עם תקופת המתנה 36 ח' ו/או 60 ח' משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח ו/או לקבוצות ו/או לקולקטיבים ו/או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח יעוד לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת 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 ו/ או בקבוצה או בקולקטיב ו/או בפוליסה פרטית (3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי הפוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי ועל עוד הוא במצב סיעודי.

לתשומת ליבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד ו/או סיעודי 360 עם 36 ו/או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד שבמסגרת קופת חולים ו/או קבוצה ו/או קולקטיב ו/או פוליסת סיעוד פרטית.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?	○ כן ○ לא	**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	○ כללית ○ מכבי ○ מאוחדת ○ לאומית			הגוף המבטח
הקולקטיב המבטח*		שם הקולקטיב		הגוף המבטח
פוליסה סיעוד פרטית*		הגוף המבטח		

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

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת ○ קופת החולים ○ קבוצה ו/או קולקטיב ○ 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.

הצהרת המבוטח:

אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדריך לקונה ביטוח סיעודי ○ כן ○ לא

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

פרטי גביה

פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר:

			✓
מס' כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל הכרטיס	חתימת בעל הכרטיס

אופן התשלום: ○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי

		✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלו על הפוליסה	חתימת בעל הכרטיס

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 החתום/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.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

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

		✓
תאריך		חתימת הסוכן