

סופס הצטרפות לביטוח בריאות השתלות ותרופות (11/2008)

מספר סוכן

שם הסוכן

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות				מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
		1	2	3	4				
מועמד ראשון					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
2					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
3					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
4					נ <input type="checkbox"/>	ז <input type="checkbox"/>			
מועמד ראשון	מועמד שני	תחביב	עיסוק	מקצוע	תחביב	עיסוק	מקצוע	תחביב	עיסוק
טלפון			טלפון			טלפון נייד			כתובת

ילדים עד גיל 18 - שמות								שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים								מועמד ראשון		מועמד שני	
4		3		2		1		אנא סמן האם סבלת ו/או הינך סובל מבעיות רפואיות ו/או מחלה כלשהי								כן	לא	כן	לא
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	על כל תשובה חיובית יש למרס בסוף סעיף זה ובשאלון המתאים (את בשאלון)								כן	לא	כן	לא
								1. במערכת העצבים ו/או הנפש, אירוע מוחי, שיתוקים, פרקינסון, פיגור שכלי, תסמונת דאון, בעיות קשב, PDD, (ב+ג) טרשת נפוצה, ניוון שרירים											
								2. בריאה ו/או בדרכי הנשימה, מחלות עור, פסוריאזיס, נגעים											
								3. בלב ו/או בכלי דם, לחץ דם מוגבר											
								4. כבד, בלב לב ו/או במערכת העיכול											
								5. בכליות ו/או דרכי השתן, בערמונית											
								6. מחלות אנדוקריניות וחילוף חומרים, סוכרת, שומנים, MF, גאוס											
								7. בדם ובמערכת החיסון											
								8. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין, שחפת, איידס, נשאות איידס											
								9. מחלה ממארת ו/או גידול סרטני או גידול אחר											
								10. בעמוד שדרה, כאבי גב, במפרקים, בעצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות ראוטיות, ארטריטיס, לופוס (זאבת) (יז+יז)											
								11. באף, באוזן, בגרון, בעיניים											
								12. נשים: האם סבלת או סובלת מבעיות גינקולוגיות (רחם שרירי, ציסטות, ניתוח קיסרי, חבלות) או בעיות פריון? (טז)											
								13. ילדים: האם ניתנו כל החיסונים בהתאם לגיל התפתחות הילד?											
								14. האם לוקח תרופות באופן קבוע או מצוי 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 הינך מועמד לניתוח, בדיקה פולשנית או הדמיה?											
								16. האם סובל ממום מולד ו/או תאונתי, מחלה כרונית, קיימת נכות כלשהי?											
								17. האם הגשת ו/או אתה מקבל או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי? האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעילויות הללו: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, לתפקד ולקיים מטלות משק הבית, האם הינך סובל מתשישות נפש ו/או דמנציה.											

במידה והתשובה הינה חיובית, אנא פרט:

1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

- אני נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, כולל: קופת חולים מכבי, קופת חולים כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן, לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לי - "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש ו/או הבאים בשמו", על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשומת והקשורים למצב בריאותי.
- אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור, ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי המוסר מידע כאמור.
- כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי 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 חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי טעמו ו/או נותני השירותים הנ"ל.
- כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטנים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

2. ידוע לי/לנו כי:

- א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין ביטוח שאירע לפני התחלת תקופת הביטוח או במהלך תקופת אכשרה שתקופתה 90 ימים.
- ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדיון. במקרה של דחיית ההצעה המבטח יינמק את החלטתו.
- ג. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים/ים לכך, שהפרטים שמשטרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל ביטוח, למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדיון. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי, לרבות לצורך פניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח.

4. אישור תנאי קבלה מיוחדים

- אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:
- עם תוספת רפואית בתנאי אחוז התוספת לא יעלה של 100%.
  - ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעיית הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן: נוסח ההחגרה הקובע כפי שיופיע ב- "דף פרטי הביטוח".

פרטי כרטיס אשראי

יזיה  ישראכרט  דינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ בתוקף עד \_\_\_\_\_

לראייה באתי על החתום:

תאריך	שם המועמד הראשון לביטוח	מספר זהות	חתימה X
תאריך	שם המועמד השני לביטוח	מספר זהות	חתימה XX

טופס הצטרפות לביטוח בריאות השתלות ותרופות (11/2008)

שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות  
למילוי הצעה חדשה או בכיסויים לבריאות

(סעיף 4 (א) בחוזר המפקח)

**המבטחת: כלל חברה לביטוח בע"מ**

כדי לברר את 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, עלייך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידך פוליסת בריאות שבתוקף?

- לא.  
 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, כריכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח הבריאות שבתוקף:  
 לא  כן

X

חותמת הסוכנת

X

חתימת הסוכן

תאריך