

הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד

תוכן העניינים

- 1 פרטי המועמדים לביטוח וילדיהם
- 2 פרטי הביטוחים המוצעים והצהרות
- 3 הצהרות – המשך, פרטי כרטיס אשראי והרשאה לבנק
- 4-5 הצהרת בריאות
- 6 שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

לתשומת לב!

בטופס הצעה לביטוח בריאות ו/או סיעוד זה – 6 עמודים.
כל עמוד ימולא במקור ו-2 העתקים ("נייר כימי").
בעת מילוי כל עמוד טופס (על העתקיו) יש להשתמש בדף קרטון זה
כחוצץ, להפרדה בין עמוד אחד למשנהו, למניעת ההעתקה של הפרטים
לעמודי הטופס שלאחריו.

בריאות אחריות בסיסית חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (בלי טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות לילדים <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	אחריות בסיסית חדשה <input type="checkbox"/> אחריות מלאה <input type="checkbox"/> אחריות מורחבת <input type="checkbox"/> אחריות שר"פ הדסה (בלי טופס 17) <input type="checkbox"/> אחריות לילדים <input type="checkbox"/>
	תרופות <input type="checkbox"/> בדיקות ורפואה משלימה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> ייעוץ ובדיקות <input type="checkbox"/> כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח <input type="checkbox"/>
רפואה אלטרנטיבית <input type="checkbox"/> ייעוץ פסיכולוגי <input type="checkbox"/> כתב שירות לאחריות <input checked="" type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	אחר <input type="checkbox"/>
כפוליסה עצמאית <input type="checkbox"/> כנספת לפוליסת בריאות מספר <input type="checkbox"/> סכום ביטוח מועמד ראשון ש"ח <input type="text"/> סכום ביטוח מועמד שני <input type="text"/>	כנספת לפוליסת בריאות מספר <input type="checkbox"/> סכום ביטוח מועמד ראשון ש"ח <input type="text"/> סכום ביטוח מועמד שני <input type="text"/>

סיעוד כתב שירות <input checked="" type="checkbox"/> כתב שירות לפוליסת הסיעוד <input checked="" type="checkbox"/> דמי ביטוח קבועים ולכל החיים <input checked="" type="checkbox"/>	תקופת המתנה 60 ימים <input checked="" type="checkbox"/> תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/>	כל החיים <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/>	סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון ש"ח <input type="text"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני <input type="text"/>																																								
	תקופת המתנה 60 ימים <input checked="" type="checkbox"/> תקופת תשלום גמלת הסיעוד <input type="checkbox"/>	כל החיים <input type="checkbox"/> 36 חודשים <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/>	סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד ראשון ש"ח <input type="text"/> סכום גמלת הסיעוד החודשית למועמד שני <input type="text"/>																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">הורי המועמד הראשון</th> <th>פרטים</th> <th colspan="2">הורי המועמד השני</th> </tr> <tr> <th>האב</th> <th>האם</th> <th>שם</th> <th>האב</th> <th>האם</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>שם</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>מספר זהות</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>כתובת</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>טלפון</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>תאריך לידה</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית </td> <td> <input type="checkbox"/> קופת חולים </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית </td> </tr> </tbody> </table>				הורי המועמד הראשון		פרטים	הורי המועמד השני		האב	האם	שם	האב	האם			שם					מספר זהות					כתובת					טלפון					תאריך לידה			<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> קופת חולים	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית
הורי המועמד הראשון		פרטים	הורי המועמד השני																																								
האב	האם	שם	האב	האם																																							
		שם																																									
		מספר זהות																																									
		כתובת																																									
		טלפון																																									
		תאריך לידה																																									
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> קופת חולים	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית																																							
הצהרת המועמדים לביטוח אני מצהיר כי אלו הפרטים המדויקים של הוריי וכי אבי או אמי הינן מסוגלים, באופן עצמאי וולא עזרת הזולת לבצע את כל שש הפעולות המופיעות בסעיף 8 לשאלות בהצהרת הבריאות וכי אינם סובלים מתיששות נפש (דמנציה, סניליות, אלצהיימר) וכי אינם מקבלים ואינם זכאים לקבל גמלת סיעוד מגורם כלשהו לרבות מהמוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי הצהרתי זו לגבי מצבם הייחודי להיות תקפה בתאריך תחילת הביטוח שלי על-פי פוליסה זו.																																											
תאריך מועמד ראשון ש"ח <input type="text"/> תאריך מועמד שני ש"ח <input type="text"/>																																											

אחריות לעתיד משלים <input type="checkbox"/>	באפשרותך לרכוש ביטוח סיעודי משלים:																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>המועמד הראשון</th> <th>פרטים</th> <th>המועמד השני</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> </td> <td> <input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) </td> <td> <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) </td> <td> <input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים) </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> כל החיים </td> <td> <input type="checkbox"/> כל החיים </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> כל החיים </td> </tr> </tbody> </table>		המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> כל החיים	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים
המועמד הראשון	פרטים	המועמד השני																	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית <input type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כללית (דקלה) <input type="checkbox"/> מאוחדת (הדר) <input type="checkbox"/> מכבי (מכבי מגן) <input type="checkbox"/> לאומית (הראל) <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)	<input type="checkbox"/> 36 חודשים (3 שנים) <input type="checkbox"/> 60 חודשים (5 שנים)																	
<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> כל החיים	<input checked="" type="checkbox"/> כל החיים																	
הערה: תקופת המתנה לביטוח סיעודי משלים (36 או 60 חודש), מותנית בכך שלמבוטח ביטוח סיעודי בסיסי המכסה את תקופת ההמתנה (36 או 60 חודש).																			

הצהרת המועמד לביטוח - לפוליסת אחריות לעתיד משלים - אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 חודשים (3 שנים) או 60 חודשים (5 שנים), ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו.

תאריך חתימת מועמד ראשון חתימת מועמד שני

הצהרת הסוכן - לפוליסת "אחריות לעתיד משלים" אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "אחריות לעתיד משלים" מותנית בהיותו מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות קופת חולים. כמוכך הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "אחריות לעתיד משלים" כולל תקופת ההמתנה בת 36 החודשים (3 שנים) או 60 החודשים (5 שנים) בהם 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 הביטוח הסיעודי באמצעות קופת חולים.

תאריך שם הסוכן מספר סוכן חתימת הסוכן

הצהרת המבקש/ים/המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה להיות מבטוח/ים לפי הצעה זו (להלן - "ההצעה").

1. ידוע לי/לנו כי:

- א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישירי או בעקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו קיימים אצלי/נו לפני תחילת הביטוח או לפני תאריך מילוי ההצעה או לפני תאריך החתימה על הצהרת הבריאות - לפי המאוחר מביניהם ו/או במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך 365 יום ממועד תחילת הביטוח בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון, ללידה ולתוצאותיהם.
- ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלו/ה או דחייתה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח.

2. אני מצהיר/ה בזאת כי אני שולוח/ה של

ולראייה באתי/נו על החתום:

חתימת המועמד הראשון/בעל הפוליסה

שם המועמד	מספר זהות	חתימה	תאריך
_____	_____	X _____	_____
שם המועמד	מספר זהות	חתימה	תאריך
_____	_____	XX _____	_____

מינוי הסוכן כשולוח של בעל הפוליסה/המועמדים לביטוח

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשולוח של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולוח, חתום על הנוסח שלהלן:
נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שולוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח
_____	X _____	XX _____
שם הסוכן	מספר הסוכן	חתימת הסוכן
_____	_____	_____

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמד/ים לביטוח. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד/ים לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל.

1. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרוס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס האשראי	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 ביני ובין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	
_____	X _____	

2. הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
7377			
מספר חשבון בנק	קוד מסלוקה	סניף	בנק
7377			
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד
_____	7377	_____	_____
שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות	שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות
_____	_____	_____	_____
מכתובת	נומרים/ים לכתובת	מכתובת	נומרים/ים לכתובת
_____	_____	_____	_____
1. אני/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות
_____	_____	_____	_____
מכתובת	נומרים/ים לכתובת	מכתובת	נומרים/ים לכתובת
_____	_____	_____	_____
2. ידוע לי/לנו כי:	א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מראש/מאונק/מאונק בלבד ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.	א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מראש/מאונק/מאונק בלבד ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.	א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מראש/מאונק/מאונק בלבד ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/ם להסדיר עם המוטב.	4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ו/או לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.	4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ו/או לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.	4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ו/או לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.	6. הבנק רשאי להוציא/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשלום יום ממועד החיוב, אם אכזר/מכזר לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבע.	5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.	5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.
7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממי/מאתנו.	תוך ציון הסיבה.	7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממי/מאתנו.	תוך ציון הסיבה.
_____	_____	_____	_____
פרטי ההרשאה	סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שיקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.	פרטי ההרשאה	סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על-פי שיעורי הפרמיה וההצמדה כפי שיקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.
_____	_____	_____	_____
תאריך	חתימת בעל החשבון	תאריך	חתימת בעל החשבון
_____	X _____	_____	X _____

שאלות לסיכום												4			
שאלה / הנושא												מועמד ראשון		מועמד שני	
1			2			3			4			כן	לא	כן	לא
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		

* אם התשובה לאחת מהשאלות 1-6 היא חיובית - "כן", אנא פרט כאן:

1. הצהרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית

- א. 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 כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ או אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא 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 ומחלותיי כאמור, ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
- ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים 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 קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני 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:

עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

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

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה **X**

תאריך: _____ שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה **XX**

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 החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בדיך 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.

חתימת
המבוטח השני

חתימת
המבוטח הראשי

תאריך

הצהרת הסוכן

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

חתימת
הסוכנות

חתימת
הסוכן

תאריך