

## טופס הצטרפות לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים מאוחדת

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקיום או בסימנים במקום מילים.  
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	
ילדים <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/>	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					מועמד ראשי
ילדים <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/>	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					מועמד שני
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 1
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 2
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 3
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 4
<b>* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצטרפות נפרד ומילוי עצמאי של שאלון הצהרת בריאות</b>						
	מס' פקס	מס' טלפון	מיקוד	מס' בית	יישוב	רחוב
						כתובת מגורים של המועמד הראשי
						יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת המועמד הראשי: מס' בית
						כתובת מגורים של המועמד השני
		מס' טלפון נייד				מועמד ראשי (חובה למלא)
		מס' טלפון נייד				מועמד שני (חובה למלא)
<p style="text-align: center;"><b>פירוט הכיסויים הנכללים בביטוח הסיעודי-</b></p> <p><b>מקרה סיעוד -</b> מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 פעולות יומיומיות (ADL) או לחילופין מצב של "תשישות נפש" המחייב השגחה במרבית שעות היממה כפי שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום, בכפוף להגדרות ותנאי הפוליסה.</p> <p style="text-align: right;"><b>תקופת המתנה - 60 ימים.</b></p> <p style="text-align: right;"><b>תקופת פיצוי - עד 60 חודשים כל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי.</b></p>						
<p>רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 1-700-72-2233 או באמצעות דוא"ל <a href="mailto:Meuhedet@menora.co.il">Meuhedet@menora.co.il</a></p> <p>לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.</p>						

## טופס הצהרת בריאות

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

### ב. מאחדת - שאלון הצהרת בריאות – הצהרת בריאות להצטרפות לביטוח סיעוד קבוצתי

מס'	שם	מועמד ראשי	בן/בת זוג מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	גובה בס"מ						
	משקל בק"ג						
מס'	שם	מועמד ראשי	בן/בת זוג מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1.	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחצי השנה האחרונה (לרבות: צינתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה) ו/או בדיקות הדמיה (MRI, CT, אולטראסאונד), אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	האם במהלך השנה האחרונה אושפזת לתקופה העולה על 3 ימים ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך על ניתוח בעתיד?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	האם הינך מושתל איבר פנימי או מועמד להשתלה? (כליה, לב, ריאה, לב-ריאה, כבד, לבלב, מעי)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	האם חלית ו/או אובחנת או סבלת מאחת המחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.1	אי ספיקת לב – האם הינך סובל מאי ספיקת לב	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.2	מערכת העצבים והמוח, אירוע מוחי (TIA, שבץ מוחי, CVA), אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, פיגור שכלי, אוטיזם, גושה, האם פנית לנירולוג או גריאטר עקב ירידה בזיכרון במהלך 5 השנים האחרונות	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.3	מחלת כבד כרונית או מחלות מעיים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.4	סוכרת תלוית אינסולין (סוג 1)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.5	נכות עקב פגיעה/בעיה בעמוד השדרה ואו המפרקים, דלקות פרקים, מחלות ראומטולוגיות, בריחת סידן (אוסטאופניה/אוסטאופורוזיס)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.6	חסימה כרונית בדרכי הנשימה- COPD, אמפיזמה, סיסטיק פיברוזיס, שיעול דמי	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.7	אי ספיקת כליות, כליות פוליציסטיות דם או חלבון בשתן	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.8	מחלה ממארת (סרטן)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.9	טלסמיה מייגור פעילה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.10	לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה, נשא HIV או חולה באיידס	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.11	האם אבחנת או נשלחת לאבחון במחלות נפש, דיכאון, חרדה, ניסיון התאבדות, האם הופנית לפסיכיאטר ב 5 השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.12	האם הנך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר או שימוש באביזר עזר?: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתיה, הליכה, רחצה, שליטה על סוגרים?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

מספר זהות

**ג. הצהרת המועמד לביטוח:**

**הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:**

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
- ד. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות/ מידע מהותי של תכנית הביטוח.
- ה. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
  1. **קבלת מידע מהותי -** הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכניות הביטוח וכי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי לגבי הביטוח, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, פירוט תקופת המתנה, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.
  2. **אופן משלוח דיווחים ומסכים -** דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד- יציין להלן את הכתובת למשלוח הדיווחים: כתובת מועמד ראשי

כתובת מועמד שני

(ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרכז). באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 1-700-72-2233 או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתוב <http://www.menoramivt.co.il>

לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שציננת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנן בקבוצת מנורה מבטחים.  
\*ככל שכתובת המגורים של המועמדים לביטוח שונה משל המועמד הראשי יש למלא טופס עדכון פרטי התקשרות ולהעביר למבטחת.

שם מבטח ראשי: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

שם בן/בת זוג מבטח ראשי: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

**ד. ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הבטחון ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" / קופת חולים מאוחדת (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.  
כתב ויתור זה יחול על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).

שם מבטח ראשי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

שם מבטח משני: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_