

טופס בקשת הצטרפות לביטוח סיעוד קבוצתי- לעמיתי "צוות" - גימלאי שירות הקבע בצה"ל ובני משפחתם

(1) פרטי מועמד ראשית/ (עמית צוות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות		תאריך לידה	מין
					זכר/נקבה
מספר אישי		תאריך פרישה	קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו
כתובת המועמד ופרטים ליצירת קשר					
ככל שהמועמדים לביטוח אינם מתגוררים באותה כתובת, יש למלא טופס פרטי התקשרות נפרד					
רחוב-	מספר	עיר-	מיקוד-		
מס' טלפון-	מס' טלפון נייד-				

(2) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח (בן/ת זוג/ ילדים מגיל 24 ומעלה/ כלות וחתנים מגיל 24 ומעלה):

קרבית המועמד לעמית צוות	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	טלפון נייד (חובה למלא)	דואר אלקטרוני (חובה למלא)
בן/בת זוג- עמית					זכר/נקבה		
ילד 1					זכר/נקבה		
ילד 2					זכר/נקבה		
ילד 3					זכר/נקבה		
בן /בת זוג -ילד					זכר/נקבה		

פרטים נוספים:	שם קופת החולים	סניף	כתובת הסניף
בן/בת זוג- עמית			
ילד 1			
ילד 2			
ילד 3			
בן /בת זוג -ילד			

פירוט הכיסויים הנכללים בביטוח הסיעודי-

מקרה סיעוד- מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי של לפחות 3 מתוך 6 פעולות יומיומיות. (ADL) תקופת המתנה 60 ימים תקופת פיצוי- עד 60 חודשים

סכום ביטוח- בהתאם לגיל כניסה כמפורט להלן:

גיל כניסה	סכום ביטוח בש"ח
0-49	5,500
50-54	5,000
55-59	4,500
60-65	4,000
66-70	3,700
71-75	3,300
76-119	3,000

התחייבות כספית לתשלום דמי ביטוח באמצעות מופ"ת

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקשת/ומאשר/ת בזאת לנכות מהשכר עבורי ועבור בני משפחתי- בני/ות זוג וילדיי מעל גיל 24 המפורטים בהצעה זו, תשלומי פרמיות בגין פוליסת הסיעוד הקבוצתית, מדי חודש בחודשו, למשך כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מוארכת/ מתחדשות ככל שתהינה ובכפוף לתנאי הפוליסה.

תאריך
שם העמית
מספר אישי
חתימת העמית

שאלון הצהרת בריאות:

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. נדרש להמציא בנוסף לשאלון בריאות זה - תעודה רפואית מקופ"ח המתייחסת למצב הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

שם מלא		עמית צוות		בן/בת זוג- עמית		ילד 1		ילד 2		ילד 3		בן/בת זוג- ילד	
גובה													
משקל													
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. האם היו שינויים של למעלה מ-5% במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות?													
2. האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בשלוש שנים האחרונות (לרבות: צינתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה, ו/או בדיקות הדמיה) (CT, MRI, אולטראסאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)													
3. האם אושפזת מעל יומיים ברצף ב-3 השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים)													
4. האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי ו/או השתלת איבר) בחמש השנים האחרונות? (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)													
5. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה? (נא לפרט שם תרופה ומינון)													
6. האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הנך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)?													
7. האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו?													
8. א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בשלוש השנים האחרונות? כמות ליום _____ מספר שנים _____													
ב. אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון _____													
ג. סמים – האם צרכת סמים בהווה/בעבר?													
9. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?													
10. היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?													

שם מלא		עמית צוות		בן/בת זוג- עמית		ילד 1		ילד 2		ילד 3		בן/בת זוג- ילד		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
11. האם חליית ו/או אובחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים?														
														10.1 מחלות לב וכלי דם? יתר לחץ דם ב- 5 שנים האחרונות? מומי לב מולדים? אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), מערכת כלי דם היקפי (פריפראלי)
														10.2 מערכת העצבים והמח, טרשת נפוצה, אוטיזם, תסמונת דאון, גושה, אפילפסיה, פרקינסון, שיתוק, ניוון שרירים? האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזכרון בשלוש שנים האחרונות?
														10.3 מחלות מערכת העיכול: ושט, תריסרון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה.
														10.4 מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית: בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם?
														10.5 מחלות עיניים? מספר משקפיים מעל שבע דיאופטיות?
														10.6 מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון? דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/נחירות)? סטיות במחיצת האף?
														10.7 מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקסוולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות?
														10.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול דמי, שחפת?
														10.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?
														10.10 מחלה ממארת (סרטן, גידולים שפירים, גידולי טרום סרטניים, גידולי עור).
														10.11 מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA, אנמיה)?
														10.12 מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?
														10.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס? HIV)
														10.14 מחלות נפש, האם אובחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?
														10.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA?
														10.16 בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?

פירוט ממצאים אודות מחלות/ אירועים רפואיים המפורטים מעלה:

שם המועמד/ת לביטוח	פרטים על המחלה / הפרעה (מתי ארע המקרה, טיפול, מצב כיום וכו'..)

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

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים מביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- אני/ מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותיי, 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, וכו'.

טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

ד. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.

ה. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות/ מידע מהותי של תכנית הביטוח.

ו. ידוע לי שחוקה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ז. 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, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת המתנה, החרגות לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

ח. אופן משלוח דיווחים ומסמכים - 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 במרוכז). באפשרותי לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000 * או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il> לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים. *ככל שכתובת המגורים של המועמדים לביטוח שונה משל המועמד הראשי יש למלא טופס עדכון פרטי התקשרות ולהעביר למבטחת.

חתימות המועמדים לביטוח:

שם מלא של המועמד לביטוח	תאריך	חתימה
עמית צוות- מועמד ראשי		
בן/ בת זוג של עמית חבר		
ילד 1		
ילד 2		
ילד 3		
בן/בת זוג ילד 3		

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ("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 ילדים ששמותיהם צויינו, אם צויינו בהצעה זו.

שם מועמד ראשי	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם בן/בת זוג	ת.ז.	תאריך	חתימה

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח):

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	מס' רשיון	חתימת עד
----------------	------	-----------	----------

הצהרת בעל הרישיון:

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי על ידי המועמד/ים לביטוח אני מצהיר בזה כי מסרתי למועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית הביטוח המופיעה בהצעה זו וכן את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו.
אני מצהיר כי ככל שבוצע שיווק יזום (פניה של הסוכן למועמד לביטוח לצורך הצעת הביטוח), ביצעתי הליך התאמה אשר כלל בדיקה בהר הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף 2018-1-10 או כל חוזר שיבוא במקומו.

תאריך

שם בעל הרישיון

חתימת בעל הרישיון

מספר רישיון

את הטופס יש לשלוח למדנס סוכנות לביטוח- רחוב השלושה 2, תל אביב 67060 או לפקס 03-6380324
לשאלות ניתן לפנות למוקד בריאות במדנס בטלפון - 036380390