

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
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				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. כן לא

מינוי מוטבים למקרה חוות (בפוליסת סיעוד ותאונות אישיות)

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

ביטוח בריאות

פירוט הכיסוי המבוקש

- קו כסף עולמי (1724+1722+1744+324+327+1597)
- קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-20 (1729+1722+1744+324+327+329)
- קו כסף עולמי לצעירים גילאי 21-34 (1731+1722+1744+324+327+1597)
- קו כסף 66+ (1730+1722+1744+324+327)
- חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה חבר מבוטח (ראה הצהרה):**
- קו כסף משלים שב"ן (1735+1736+1722+1744+324+327+1597)
- משלים שב"ן לילדים 0-20 (1737+1736+1722+1744+324+327+329)
- משלים שב"ן לצעירים 21-34 (1738+1736+1722+1744+324+327+1597)
- משלים שב"ן לגילאי 66+ (1739+1736+1722+1744+324+327)
- חבילת קו מהיר מורחב (1725+566+1716+1732+1744+1597)
- חבילת השתלות ותרופות (1723+1744+1597)
- עולם ומלואו (השתלות תרופות ועולמי) (1723+1719+1744+1597)
- חבילת קו משלים לבריאות (פיצוי משלים לניתוחים+ השתלות+ תרופות):**
- ראשי גבר (1727+1716+1744+1597)
- ראשי גבר (1702)
- ראשי אישה (1728+1716+1744+1597)
- ראשי אישה (1704)
- ראשי ילד (1713)
- ראשי 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: רפואה משלימה (342)
- כתב שירות: סל שירותים (1008)
- כתב שירות: סל שירותים (1597)
- כתב שירות: ייעוץ פסיכולוגי (331)
- סל הזהב (1744)
- קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית (332)
- בריא ושלם (1718)
- סייג תאונות דרכים (260)
- סייג תאונות עבודה (1597)
- טיפולים מחליפי ניתוח (עבור קו הכסף) (980)
- טיפולים מחליפי ניתוח (1740) (עבור קו מהיר מורחב מותנה בקיום כיסוי השתלות עולמי ותרופות)
- בריאות כמו גדול (עבור קו הכסף) (329)

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

פיצוי אשפוז חירום (1733+1597) ראשי _____ ₪

פיצוי אשפוז חרום למחשני 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 - מבטוח ראשי פלטינה (542) זהב (541) כסף (540) ארד (539) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא - מבטוח מחשני פלטינה (606) זהב (605) כסף (604) ארד (603) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא - מבטוח ילד ילד (834) (ילדים בפוליסת הורים בלבד)

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

ביטוח סיעוד

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

פירוט הכיסוי המבוקש

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

(1504) מבטוח ראשי גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

(1504) מבטוח שני גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

(1504) ילד 1/2/3/4 גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ 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) מבטוח ראשי 36 חודשי המתנה _____ ₪ מבטוח ראשי (1506) 60 חודשי המתנה _____ ₪

(1505) מבטוח שני 36 חודשי המתנה _____ ₪ מבטוח 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) מבטוח ראשי גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

(1537) מבטוח שני גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

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

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

(1539) מבטוח ראשי 36 חודשי המתנה _____ ₪ מבטוח ראשי (1538) 60 חודשי המתנה _____ ₪

(1539) מבטוח שני 36 חודשי המתנה _____ ₪ מבטוח שני (1538) 60 חודשי המתנה _____ ₪

סעודי 360 (פרמיה משתנה) - עד גיל כניסה 55

(1745) מבטוח ראשי גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

(1745) מבטוח שני גובה פיצוי למבטוח _____ ₪ תקופת תשלום התגמול הסיעודי: 60 חודשים 96 חודשים כל החיים

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

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה + משתנה) מבטוח חדש / מבטוח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף

(גיל כניסה מקסימאלי - 60)

(1537) גובה פיצוי למבטוח ראשי פרמיה קבועה _____ ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

(1734) גובה פיצוי למבטוח ראשי פרמיה משתנה _____ ש"ח לתקופה _____ (60 חודש/96 חודש/לכל החיים)

(1537) גובה פיצוי למבטוח שני פרמיה קבועה _____ ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

(1734) גובה פיצוי למבטוח 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 זהב (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.

קו מהיר (566+1725) מקו הכסף - ללא הצהרת בריאות.

הצהרת בריאות

ת.ד. מבוסס ראשי:						מבוסס ראשי	מבוסס שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
לנשים: האם את בהריון <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא											
גובה											
משקל											
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת תרופות?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, ציין תרופה: _____ מינון: _____ תרופה: _____ מינון: _____											
2. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כלשהי? (5)						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
3. האם הינך סובלת 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, עורך שומנים בדם (10) סוכרת (1), יתר לחץ דם (9)?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____											
4. האם הינך סובלת 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 (5/10), מחלות בדרכי העיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2), פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____											
5. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או ייעוץ לך לעבוד ניתוח בעתיד?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
7. האם הינך סובלת/מחפצרת רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, פרט: _____											
8. האם הינך סובלת/מחפצרת מחלות איידס ו/או נשאות האיידס? (10)						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
9. האם הינך מעשן או עישנת סיגריות בעבר?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן פרט מס' ליום _____ משך בשנים _____ מועד הפסקה _____											
10. האם הנך משתמש או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
11. האם הנך צורך משקאות חריפים? משקאות חריפים ליום/שבוע _____ כוסיות						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
12. האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוק, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, אוסטיאופורוזיס? (3)						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן

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?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
2. האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או באמר לך שהנך צפוי להיות מקבל לסיעוד תוך 12 חודש?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
3. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
4. האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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 לשרדו כיסויים כמוכר בטופס

הצהרת בריאות מקוצרת לשרדו כיסויים כמוכר בטופס						מבוסס ראשי	מבוסס שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת תרופות?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
2. האם הינך סובלת 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 ממארות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, מחלות בדרכי השתן?						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
3. האם עברת בשנתיים האחרונות בירור רפואי או בדיקות רפואיות שאינן בדיקות שגרה? בא פרט. האם אתה עומד לעבור ניתוח ו/או ייעוץ לך לעבור ניתוח כלשהו או טיפול מחליף ניתוח? אם כן, בא פרט.						<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן

◀ ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ולא לעובדיה הרפואיים האחרים ולא למוסדותיה הרפואיים ולא לסניפיה ולא לשלטונות צה"ל ולא למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולא לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים המדרשים לצורך קביעת תמאי הקבלה לביטוח ולא ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ולא על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולא שהנני חולה בה כעת ולא שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ולא כל עובד רפואי אחר ולא מוסד ממוסדותיכם ולא כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומו. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

◀ 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:
- כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 - התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תמאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
 - הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
 - הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעית.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

◀ אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתמאי שהפרמיה החדושת הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באופן 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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

◀ 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 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 הביטוח 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 תמאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעית.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

◀ הצהרת שחלון

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 שיגרם להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוחי או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם.

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

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

◀ 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 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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

← השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר

<p>האם אתה מבטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה בקולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?</p>		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
<p>לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופת חולים) מבטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מן השב"ן</p>		
<p>קופת חולים</p>	<input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> מכבי <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> לאומית	<p>הגוף המבטח</p>
<p>הקולקטיב המבטח*</p>	<p>שם הקולקטיב</p>	<p>הגוף המבטח</p>
<p>* בא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).</p>		
<p>אני מצהיר כי אני מבטח בביטוח סיעודי במסגרת <input type="radio"/> קופת החולים <input type="radio"/> קבוצה ו/או קולקטיב <input type="radio"/> 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.</p>		
<h3>← הצהרת המבוטח:</h3>		
<p>אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדרוך לקונה ביטוח סיעודי <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>		
<p>תאריך</p>	<p>חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה</p>	<p>חתימת המבוטח הראשי</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>חתימת המבוטח השני</p>		

← פרטי גביה

<p>פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר:</p>			
<p>מס' כרטיס אשראי</p>	<p>תוקף הכרטיס</p>	<p>שם בעל הכרטיס</p>	<p>חתימת בעל הכרטיס</p>
<p>אופן התשלום: <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי</p>			
<p>תאריך</p>	<p>חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה</p>	<p>חתימת בעל הכרטיס</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>
			<p>חתימת בעל הכרטיס</p>

← מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

<p>על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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 שלוח/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
<p>תאריך</p>	<p>חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה</p>	<p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>
			<p>חתימת המבוטח השני</p>

← אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם</p>	
<p>תאריך</p>	<p>חתימת הסוכן</p>
	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>

