

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי מכבי שירותי בריאות באמצעות הפניקס חברה לביטוח בע"מ

"עובר קופה" - האם היה ביטוח סיעודי בקופה הקודמת: כן לא

- התנאים לקבלה לביטוח סיעודי הינם בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ואישור המבטח (למעט תינוקות מתחת לגיל שנה).
- תחילת הביטוח יהיה החל מהמועד בו מולאו כלל הפרטים הנדרשים על גבי הטופס.

חלק א' - פרטים אישיים ומשפחתיים

← פרטי המועמדים לביטוח (ילדים - מתחת לגיל 18)						
מ.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין		
מועמד/ת ראשי/ת					1	2
בן/בת זוג					1	2
ילד/ה 1					1	2
ילד/ה 2					1	2
ילד/ה 3					1	2
ילד/ה 4					1	2

הכיסוי לביטוח אינו תקף למקרה ביטוח אשר ארע בשלוש שנות חייו הראשונות של המבוטח.

← פרטי התקשרות והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי התקשרות

לידיעתך, הפרטים המעודכנים הינם הפרטים שנמסרו במכבי. ככל ולא מסרת את פרטי התקשרות במכבי, יש למלא על גבי הטופס. לשינוי/עדכון פרטים יש לפנות למכבי במוקד *3555.

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל מסרון, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל). בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.

שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח האמורים יעשה באמצעות מוקד שירות לקוחות בטלפון *3507.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל - חובה למלא (נא למלא רק במידה שהפרטים אינם המעודכנים במכבי)				
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
<input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל							מועמד/ת ראשון/נה
<input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל							בן/ת זוג

חלק ב' - הצהרת בריאות

בכל מקרה של מועמד מעל גיל 65 ומעלה יש להמציא תמצית כרטיס רפואי מהרופא המטפל

שאלות כלליות																	
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																	
ילד רביעי			ילד שלישי			ילד שני			ילד ראשון			בן/בת זוג			מועמדת ראשית		
כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע
1 גובה (בס"מ)																	
משקל (בק"ג)																	
2 א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר?																	
ב. אם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון																	
כמות ליום: מספר שנים:																	
כמות ליום: מספר שנים: מועד הפסקת עישון:																	
3 האם הינך מוגבל באופן חלקי או מלא בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום ולשבת, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים (מתן צואה ושתן)																	
האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח היה אבחון של אחד או יותר מהמומים/המחלות/המצבים/הממצאים המפורטים להלן? (על כל תשובה חיובית יש לפרט את התשובות ו/או לצרף מכתב מהרופא)																	
4 וסקוליטיס (דלקת כלי דם, PAN)																	
5 סוכרת - האם הינך סובל מסוכרת?																	
5.1 ככל והשבת "כן" לשאלה הקודמת, האם הינך משתמש באינסולין? (נדרש פירוט: מהם ערכי ההמוגלובין מסוכרר HbA1c) נא לסמן בעיגול את הערכים מטה:																	
6.5 ומטה																	
6.6-7.5																	
7.6-8.5																	
8.6-9.5																	
9.6 ומעלה																	
5.2 האם יש פגיעה באברי מטרה (ניורופטיה, רטינופטיה, PVD - מחלת כלי דם עורקית פריפריאלית)?																	
5.3 האם היו תופעות של היפוגליקמיה?																	
6 מחלות אנדוקרינולוגיות - האם הינך סובל מאחת או יותר מהמחלות האינדוקרינולוגיות הבאות: תת או יתר פעילות של בלוטת התריס, אדרנלים, היפופיזה, היפותלמוס.																	
6.1 האם הינך סובל ממחלה אנדוקרינולוגית אחרת?																	
6.2 במידה שתשובתך כן - האם הינך מאוזן בשנה האחרונה?																	
7 מערכת העצבים והמוח - האם הינך סובל מאחת או יותר מהמחלות הנוירולוגיות הבאות: לרבות מאורע מוחי (CVA, TIA), פיגור, פרקינסון, ALS, טרשת נפוצה, פוליו, חולשה או שיתוק גפיים, מיאסטניה, אפילפסיה, פגיעה עצבית פריפריית (גפיים או פנים).																	
7.1 האם עברת שבץ מוחי (CVA) בשנתיים האחרונות (24 חודשים)?																	
7.2 האם סבלת מאירוע מוחי (TIA) בשנה האחרונה (12 חודשים)?																	
7.3 האם היו פגיעות בחוט השדרה שגרמו לשיתוק, המיפלגיה - שיתוק בפלג גוף ימין/שמאל, פרהפלגיה - שיתוק בפלג גוף עליון/תחתון, טרהפלגיה - שיתוק בארבע גפיים?																	
7.4 האם היתה פגיעה בעצבים פריפריאליים?																	
7.5 האם עברת התקף אפילפסיה?																	
7.6 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון בשלוש השנים האחרונות?																	
7.7 האם הינך מקבל טיפול לשיפור מצב קוגניטיבי (זיכרון)?																	

שאלות כלליות												מועמד ראשון			בן/בת זוג			ילד ראשון			ילד שני			ילד שלישי			ילד רביעי		
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																													
8	מחלות לב וכלי דם																												
8.1	האם הינך מושגל לב?																												
8.2	האם הינך סובל מאי ספיקת לב (אנגינה פקטוריס וכו') או מהפרעות קצב והולכה?																												
8.3	האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים?																												
8.4	ככל והשבת "כן" לשאלה הקודמת האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים בשנה האחרונה?																												
8.5	האם עברת צינתור לב: החלפת מסתמים (TAVI), פתיחת עורקים כליליים, טיפולים אלקטרופיזיולוגיים (EPS), בשנה האחרונה?																												
9	מחלה ממארת אונקולוגית (סרטן)																												
10	האם הנך סובל מאחת או יותר מהמחלות הבאות: מחלת כבד כרונית (שחמת, פיברוזיס); דלקת כרונית בבלב; מושגל כבד או לבלב?																												
10.1	האם הנך סובל ממחלת כבד כרונית אחרת?																												
10.2	האם הנך סובל מצהבת הפטיטיס?																												
11	האם הנך סובל מדלקת כרונית של מערכת העיכול (קרוהן, קוליטיס, קוליטיס אלצרוזה)?																												
11.1	האם עברו יותר משלוש שנים מההתקף האחרון?																												
12	האם הנך סובל ממום מולד, פיגור, CP, כשל חיסוני, היפרליפידמיה על רקע משפחתי/תורשתי?																												
12.1	האם הנך סובל ממום מולד אחר?																												
12.2	האם היית או הינך במעקב רפואי התפתחותי?																												
13	קטיעת איברים - האם יש פגיעה בתפקוד היומיומי?																												
14	האם הינך סובל מיתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות? (נדרש פירוט: מה היה מועד האבחון? מהם ערכי הסיסטולי: 250-40; מהם ערכי הדיאסטולי 150-40)																												
15	האם הינך סובל מיתר שומנים בדם ב-10 השנים האחרונות? (נדרש פירוט: ערך כולסטרול כללי בדם: 400-70; ערך HDL בדם 200-0) יש למלא את הערכים בטבלה מטה																												
16	האם אובחנת כסובל מבעיה נפשית?																												
17	מחלות ריאה כרוניות האם הינך מושגל ריאה או סובל מ: COPD, סיטיק פיברוזיס, ברוניטיס כרוני, אמפיזמה																												
17.1	האם הינך סובל ממחלות ריאה אחרות?																												
17.2	האם הינך סובל מאסטמה עם מספר התקפים בחודש או אישפוזים?																												
18	מחלות אגירה (גושה, מימן-פיק, טאיזקס, פברי, פומפה, סיטיק פיברוזיס)																												
19	מחלת כליות כרונית או מחלת דרכי השתן																												
19.1	האם הינך עובר או עברת טיפולי דיאליזה? האם הנך מושגל כליה?																												
19.2	האם הינך סובל מאי ספיקת כליות ו/או מכליה פוליציסטית?																												
20	בעיות בקרישת הדם (המופיליה, טלסמיה, או בעיה אחרת בקרישת דם?)																												
21	איידס HIV?																												
22	מחלות שריר ושלד (כאבי גב כרוניים, אוסטיפורוזיס, ארטיטיס, מחלת שריר ושלד אחרת?)																												
23	האם הינך סובל ממחלות ריאומטיות (לופוס, דלקת מפרקים שגרונת, סקלרודרמה, דלקת מפרקים פסוריאטית, טמפורל ארטריטיס, פולימיאלגיה ראומוטיקה)?																												
24	פיברומיאלגיה																												
25	האם אושפזת בחמש השנים האחרונות או האם יש בידך המלצה לאשפוז? (נדרש פירוט: מה היה מועד האשפוז; סיבות האשפוז; משך האשפוז)																												

שאלות כלליות												מועמד ראשון			בן/בת זוג			ילד ראשון			ילד שני			ילד שלישי			ילד רביעי									
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																																				
26	האם עברת ניתוח ב 12 החודשים האחרונים, או האם ידוע לך על הצורך לעבור ניתוח, או טיפול רפואי הכרוך באישפוז או ביצוע בחדר ניתוח? (נדרש פירוט: מה היה מועד הניתוח; הסיבה לניתוח; שם הניתוח; תוצאות הניתוח היום, האם הנך במעקב)															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
27	האם עברת בדיקת דימות ב-5 השנים האחרונות? או הומלץ לך לעבור בדיקות כאלו בחצי השנה האחרונה (תהודה מגנטית - MRI, PET CT, CT, מיפוי עצמות)? (נדרש פירוט: מתי היתה הבדיקה, מה סוג הבדיקה, האם הנך נמצא במעקב)															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
28	האם נטלת ב- 5 השנים האחרונות או האם הנך נוטל כיום תרופות באופן קבוע? (נא לפרט אלו תרופות ומתי)															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
29	האם הנך צורך מעל 5 פחיות בירה ליום או מעל 5 כוסות משקה אלכוהולי ליום?															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
30	האם קיבלת ב 5 השנים האחרונות שירותים מיוחדים לטיפול בבית? (נדרש לפרט באיזו שנה, מה הסיבה ועל ידי מי).															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
31	האם פנית בעבר להצטרף לביטוח הסיעודי ונדחת? (נדרש פירוט: באיזו חברה ומהי סיבת הדחייה).															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע
32	האם קיבלת ב- 5 השנים האחרונות ו/או הינך מקבל כרגע קצבת סיעוד או נכות מהביטוח הלאומי?															כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע

אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

פירוט ממצאים חיוביים				
שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

טבלת דמי הביטוח*														
קבוצות גיל	18-0	25-18	30-26	35-31	40-36	45-41	50-46	55-51	60-56	65-61	70-66	75-71	80-76	ומעלה 81
פרמיות	—	7.19	8.7	26.51	35.81	40.43	78.61	95.93	111.13	131.78	163.7	190.24	205.85	213.88

* סכומי הפרמיות צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שהיה ידוע ב-1.7.2017.

תגמולי ביטוח **			
גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים			מקום השהיה של המבוטח
עד 49	50 עד 59	60 ומעלה	
נ"ש 5,500	נ"ש 4,500	נ"ש 3,500	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהיה בבית (פיצוי)
נ"ש 10,000	נ"ש 6,500	נ"ש 4,500	תקרת תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהיה במוסד (שיפוי)

** על סכום תגמולי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה וריבית מהמדד שהיה ידוע ב 15.6.2016.

כתב ויתור סודיות רפואית והצהרת המועמדים לביטוח

- הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לווטר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיך את חברת הביטוח לבקש, לקבל מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה. הנני מוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ולא תהיה לי כלפי המוסד שמוסר את המידע ו/או עובדיו כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לקבלת מידע כאמור.
- כמו כן אני מסכים מראש על שכל מוסד, לרבות מכבי שירותי בריאות ו/או אגודת מכבי מגן או עובדיו הרפואיים ו/או אחרים - שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כאמור לעיל, יגלו אותו לחברת הביטוח לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע. הנני משחרר בזה כל מוסד ו/או עובדיו מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע לחברת הביטוח מכל תיק שנפתח על שמי. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 וגם לפי חוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגר המידע של כל מוסד.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- אני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן, יוחזקו במאגרי מידע במכבי שירותי בריאות ו/או במכבי מגן ו/או בחברת הביטוח ו/או אצל מי מטעמן, וכי המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן ו/או את מי מטעמן. המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מי מטעמה לצורך בחינת הבקשה, ניהול הפוליסה, מתן שירותים במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין. המידע הנאגר כאמור ישמש את מכבי שירותי בריאות לצורך ניהול הפוליסה, מתן שירותי גביה במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין.
- אני מבקש/ת כי באם תתקבל הצעתי להצטרף לביטוח שבנדון, ייגבו דמי ביטוח הנדרשים על פי תנאי הפוליסה, באמצעות הוראת קבע שמסרתי ל"מכבי שירותי בריאות" לצורך תשלום עבור שירותים רפואיים וביטוחים. באם אין ב"מכבי שירותי בריאות" הוראת קבע תקפה כאמור, הביטוח שבנדון לא יכנס לתוקף, עד להסדרתה של הוראת קבע תקפה.
- אני מתחייב לדווח לחברת הביטוח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת המבטח לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
- אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו בטופס ההצטרפות ובמסמכים המצורפים הינם נכונים ושלמים וכי ידוע לי כי מתן תשובה לשאלה בעניין מהותי שלא היתה מלאה וכנה עלולה לפגוע בזכויותי מכח הפוליסה, לרבות זכאותי לקבלת תגמולי ביטוח באופן מלא או חלקי.
- במידה והנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח - 1998: "אדם עם לקות פיסי, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר תחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו בטלפון שמספרו 1-801-22-7788, על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבדק בהתאם להוראות החוק.

X			
שם מועמד/ת ראשי/ת*	תעודת זהות	תאריך	חתימה
			X
בן/ת זוג	תעודת זהות	תאריך	חתימה

* חתימת אפוטרופוס עבור ילדים שגילם מתחת לגיל 18, ומולאו בהצהרה, ת.ז., תאריך, חתימה.

אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעונין שנעביר את הנתונים, נא סמן X

מועמד/ת ראשי/ת בן/בת זוג ילד ראשון ילד שני ילד שלישי ילד רביעי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

תוכל לשנות את החלטתך בכל עת באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il או באמצעות טלפון: 074-7311155