

טופס הצעה לבריאות סיעוד וחוסן והצהרת בריאות

שם סוכן	מס' סוכן	מס' פוליסה/הצעה	תאריך תחילת ביטוח
---------	----------	-----------------	-------------------

ברצוני לבטח את הרשומים מטה בחבילת בריאות כמפורט:

הגנה מורחבת (פורטה) למשפחה הגנה מקיפה (מרשם) למשפחה הגנה חובה למשפחה סיעוד _____ חוסן
 אחר _____ אחר _____

עיסוק	קופ"ח	מין	תאריך לידה	מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	עובד/ת
							בן/בת זוג
							ילדים
							כתובת
		טלפון	מיקוד	מספר	רחוב	עיר	
	שנה	חודש	תחילת הביטוח				

הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול על כל אחד מהמבוטחים לחוד:
 על המבוטח הראשי על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה.
מבוטח ראשי - האם אתה מעשן או עישנת בעבר נא לפרט כמות/זמן _____
 האם אתה צורך או צרכת אלכוהול/ סמים _____
מבוטח משני/ בן/בת זוג - האם אתה מעשן או עישנת בעבר נא לפרט כמות/זמן _____
 האם אתה צורך או צרכת אלכוהול/ סמים _____

מבוטח ראשי	מבוטח שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		שאלה
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
מבוטח ראשי _____ משקל: _____ גובה: _____ קופ"ח: _____									1
בן/בת זוג _____ משקל: _____ גובה: _____ קופ"ח: _____									2
האם אתה/ סובלת/ או סבלת בעבר ממחלה כרונית כלשהי? והאם אתה/ תחת השגחה רפואית? במהלך בירור רפואי כלשהו?									3
האם עברת אי פעם ניתוח כלשהו?									4
האם אושפזת בבית-חולים כולל חדר מיון או במוסד כלשהו? (ציין את שם ביה"ח/ המוסד).									5
אם נבדקת אצל הרופא ב - 24 החודשים האחרונים, מהן תוצאות הבדיקות.									6
האם אתה/ נכה או נקבעו לך בעבר אחוזי נכות? פרט שיעור % _____.									7
האם אתה/ לוקח/ת או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע ו/או מקבל טיפול רפואי כלשהו?									8
האם אתה/ סובל/ או סבלת בעבר ממום מלידה, מחלת עיניים, אוזניים, בעיות גב ועמוד שדרה?									9
האם הינך סובלת/ או סבלת: <input type="radio"/> לחץ דם גבוה, <input type="radio"/> מחלת לב, <input type="radio"/> כליות ודרכי שתן, <input type="radio"/> ריאות, <input type="radio"/> מיגרנות, <input type="radio"/> המופיליה, <input type="radio"/> סחרחורת, <input type="radio"/> שומנים גבוהים בדם, <input type="radio"/> הפטיטיס B או C, <input type="radio"/> כלי דם, <input type="radio"/> דלקת פרקים, <input type="radio"/> סכרת, <input type="radio"/> כבד, <input type="radio"/> סרטן, <input type="radio"/> גידול ממאיר או שפיר, <input type="radio"/> איידס, <input type="radio"/> צהבת, <input type="radio"/> מחלות קיבה ומעינים, <input type="radio"/> חילוף חומרים, <input type="radio"/> מחלות מערכת העצבים, <input type="radio"/> F.M.F, <input type="radio"/> מחלת ערמונית, <input type="radio"/> דם/סוכר/חלבון בשתן?									10
האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או בניתוח ו/או בטיפול כלשהו?									11
אירוע מוחי (cva), שבץ מוחי - נא לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל המפרט האם יש פגיעה, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים?, אבחנה לסוג האירוע									12
לנשים: האם את סובלת או סבלת בעבר מבעיות בזמן ההיריון, ו/או הלידה או בעיות גניקולוגיות כלשהו?, האם את בהריון כעת?, האם עברת ניתוח קיסרי? <input type="radio"/> הפלות טבעיות? <input type="radio"/> פריון									13
האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות לגילוי סרטן, מחלה ממארת, מחלות מערכת העיכול, מיפוי לב, צינטור, אולטרסאונד, C.T, ביופסיה MRI, אקו?									

מבוטח ראשי	מבוטח שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
									14 האם הינך מסוגלת לבצע את הפעולות היומ-יומיות הבאות ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים ופשיטתם, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה וגילוח, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יום-יומית, הכנת אוכל, שימוש בטלפון? האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?
									15 <input type="radio"/> גידולי עור (נגעים) <input type="radio"/> דלקות/מחלות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס <input type="radio"/> שינויים בנקודות חן
									16 האם הינך נעזרת במיכשור רפואי כלשהו כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות ומכשיר נשימתי?
									17 האם היו לך או קיימים היום סימני המחלות הבאות: דמנציה, ארטריטיס, גאווט, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, מחלת אלצהיימר, פרקינסון, אוסטאופורוזיס, מחלות גריאטריות, מחלות ניווניות? נא לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל
									18 האם מי מקרוביך מדרגה ראשונה (הורה/ים או אחים/אחיות/דודים/ות) סובל או סבל מהמחלות הבאות: מחלות לב, יתר לחץ דם, שבץ מוחי, סכרת, סרטן, מחלות מערכת הפרקים והשלד, מחלות מערכת העצבים ומחלות חילוף חומרים, כליות?
									19 האם אי פעם נדחתה הצעתך לביטוח בריאות או התקבלה בתנאים מיוחדים?

הסכמה לתנאי קבלה חריגים

אני מסכים להוצאת הביטוח המבוקש:

עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 50%

עם החרגה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.

במידה והתשובות על שאלות 3-16 הן חיוביות יש לפרט להלן:

הצהרה

אני הח"מ מתצהיר שכל התשובות שנתתי בהצגת הבריאות הן נכונות ומלאות, אני מתחייב אם אדרש לכך ע"י החברה להיבדק בדיקה רפואית והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החרבה תחשבנה כחלק מהצהרה. כמו כן, ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה הודיע לי על תנאי הקבלה, ובתנאי שמיום הבדיקה ומיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה על עריכת הביטוח, לא חל שום שינוי במצב בריאותי, כמו כן הובהר לי בתנאי הביטוח ובכלל זה סעיפיו החריגים. ידוע לי כי ביטוח זה אינו מכסה כל טיפול אשר נובע או קשור במישרין או בעקיפין ממצב בריאות לקוי מתופעה או ממחלה שהו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף לגבי מבוטח שהצטרף לביטוח וטרם הגיעו לגיל 65 בשנה הראשונה ממועד תחילת הביטוח, ולמבוטח מעל גיל 65 בחצי שנה הראשונה או שקרו במשך 90 הימים שלאחריו, והכל כפוף לסעיפיו החריגים של ביטוח זה.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------------------

הצהרת הגנת הפרטיות

אני/ו מצהיר/ים בזה, כי המידע הכולל בהצהרה זו ניתן מרצוני/נו, ובהסכמתנו/המלאה. ידוע לי/לנו כי מטרת מסירת המידע הוא טיפול בכל העניינים הנלווים הנובעים והקשורים בפוליסת הביטוח שיש לי באיילון חברה לביטוח בע"מ ובקבוצת איילון, לאפשר לחברה להביא לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים שלדעת היברה עשויים לעניין אותם, למטרת עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. אני/אנו, מסכים/ים, כי המידע לצורך עיבודו ואיסונו לכל צד שעיסוקו בכך שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

חתימת מבוטח/ראשי/לביטוח	חתימת בן/בת זוג
-------------------------	-----------------

שאלון החלפה / שינוי בפוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגד בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף? כן לא

במקרה והתשובה היא כן – כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:

1. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא / יסולקו באופן חלקי או מלא / יסתיימו בכל דרך? כן לא

2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? כן לא.

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלון 1-2 מחייבת אותך הסוכן להמציא למבוטח מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסה חדש.

התשובות נרשמו לאחר ששאלתי את המבוטח את השאלות המופיעות במסמך זה ולמיטב הבנתי, כרוכה עיסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא

תאריך	חתימת הסוכן	שם הסוכן	חתימת המועמד לביטוח
-------	-------------	----------	---------------------

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני/מרגב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____

שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
		<input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> דייןרס <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אחר

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין הפוליסה האמורה. טופס ביצוע תשלום זה, נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום, על מועד סיום ההתקשרות. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד	_____
בנק	_____
סניף	_____
כתובת הסניף	_____
1. אני הח"מ	שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____
כתובת	_____
רחוב	_____
מספר	_____
עיר	_____
מיקוד	_____

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין (מהות/סוג התשלום) _____ בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי **איילון חברה לביטוח בע"מ** כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק **ולאילו חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר **לאילו חברה לביטוח בע"מ**, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה:
סכום החיוב ומועדו, יקבעו מעת לעת ע"י **איילון חברה לביטוח בע"מ** על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

לכבוד	_____
איילון חברה לביטוח בע"מ	_____
ת.ד. 10957 רמת-גן	_____
מיקוד 52008	_____

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק, העתק ממנו ימסר למשלם