

## טופס הצטרפות לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות

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

א. פרטי המועמדים לביטוח						
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
מועמד ראשי				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש	ילדים
מועמד שני				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש	ילדים
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				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		
<b>* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצטרפות נפרד ומילוי עצמאי של שאלון הצהרת בריאות</b>						
כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
כתובת מגורים של המועמד השני	יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת המועמד הראשי:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל		עיסוק		מס' טלפון נייד	
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל		עיסוק		מס' טלפון נייד	

**פירוט הכיסויים הנכללים בביטוח הסיעודי-**

**מקרה סיעוד -** 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.

**תקופת המתנה - 60 ימים.**

**תקופת פיצוי - עד 60 חודשים כל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי.**

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון 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 \*5565 או באמצעות דוא"ל [leumit-ksi@menora.co.il](mailto:leumit-ksi@menora.co.il) לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

## טופס הצהרת בריאות

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, ידרש לעבור בדיקה קוגניטיבית בנוסף למילוי הצהרת הבריאות להלן.

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

מס'	שם	מועד ראשי	בן/בת זוג מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	שם						
	גובה בס"מ						
	משקל בק"ג						
מס'	האם אצל מישו מדין המועמדים לביטוח אובחנה מחלה ו/או הפרעה כלהלן?	מועד ראשי	בן/בת זוג מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1.	האם קיימת הגבלה באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	C.V.A/ T.I.A / שבץ מוחי בחמש השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	מחלת הסרטן שהייתה פעילה בשלוש השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	מחלה של מערכת העצבים ו/או המוח (נירולוגית)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.1	MS - טרשת נפוצה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.2	אפילפסיה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.3	MSA - אטרופיה רב מערכתית	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.4	ALS - מחלת לו גריג	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.5	פרקינסון	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.6	פיגור שכלי	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.7	אוטיזם	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.	האם קיימת מחלה של מערכת השרירים?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.1	פולימיזיטיס	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.2	פסאודו היפרטרופיה מוסקולרית	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.3	דיסטרופיה, דיסטרופיה מוסקולרית מילדות, דיסטרופיה מוסקולרית, דיסטרופיה מיוטוניה DM	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.4	מייאסטיניה גרביס	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.5	מיוטוניה קונגניטה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
6.	האם הנך סובל ממחלה נפשית / פסיכיאטרית וקיימת המלצה לטיפול תרופתי בגינה?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.	האם הנך חולה או סובל מבעיה הקשורה בעצמות, עמוד השדרה, במפרקים או בגפיים?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.1	האם חולה במחלת מפרקים כרונית והאם הוחמרה ב-5 השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.2	האם קטוע גפיים מעל הברך או המרפק או האם קטוע שתי גפיים ומעלה (מעל או מתחת לברך או המרפק)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.3	האם סובל מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.4	האם קיימת נכות (זמנית או קבועה) או הגשת תביעה לקביעת נכות בשנתיים האחרונות, כתוצאה מפגיעה בעמוד שדרה, מפרקים או גפיים?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
8.	האם הנך חולה או סובל ממחלת ריאות חסימתית כרונית?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
9.	האם הנך חולה או סובל ממחלת סכרת תלוית אינסולין?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
10.	האם הנך חולה או סובל מבעיה של אי ספיקת לב?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
11.	האם הנך חולה או סובל מאי ספיקת כליות כרונית?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
12.	האם הנך חולה או סובל ממחלת כבד כרונית?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
13.	האם 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
14.	האם חולה במחלת גושה (והינך מתחת לגיל 50)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
15.	האם הנך חולה או סובל ממחלת טלסמיה מייג'ור פעילה?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
16.	האם נשא H.I.V או חולה במחלת איידס?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
17.	האם עברת ניתוח, פעולה פולשנית/ הדמיות (MRI, CT) ו/או אישפוז לצורך קבלת טיפול רפואי מהותי במהלך שלושת החודשים האחרונים או שהנך מועמד לעבור אחד מאלה?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
18.	האם היית או נמצא במעקב של רופא נירולוג או רופא גריאטרי או במרפאה גריאטרית בחמש השנים האחרונות עקב ממצא של ירידה בזיכרון?	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/או 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/לה 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, 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.
- ו. **קבלת מידע מהותי -**  
הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית 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.
- ז. **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 במרוכז). באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 5565 \* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתוב <http://www.menoramivt.co.il>

לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שצינת 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.

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" / לאומית שירותי בריאות (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 \_\_\_\_\_