

לידיעתך!
גבול האחריות להוצאות
רפואיות ואשפוז בחו"ל
ברכישת נספה חיתום עד
\$.250.000

הנחיות

- יש להעביר טופס זה מלא וחתום מוקדם ככל שניתן על מנת לאפשר זמן סביר להמצאת מסמכים רפואיים נוספים ככל שידרשו.
- יש לצרף לטופס בהתאם לנאמר על ידי נציג החברה בשיחת הטלפון המקדימה: סיכום מידע רפואי עדכני מרופא מטפל המפרט את מצבך ו/או, סיכום אשפוז ומסמכים רלוונטיים לאירועים רפואיים בחצי השנה האחרונה.
- את הטופס המלא יש לשלוח למוקד לאומית חו"ל באמצעות:

• פקס - 077-6383428

דוא"ל - faxnesleoomit@clal-ins.co.il

- לפרטים נוספים ניתן לפנות לטלפון שמספרו – 03-9420425

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
טלפון נייד			דואר אלקטרוני למשלוח הודעות תפעוליות (כתובת דוא"ל בעל הפוליסה)		
			@ _____		
כתובת למשלוח דואר					
רחוב	מספר/ת"ד	יישוב	מיקוד	טלפון	

פרטים על הנסיעה

תאריך יציאה	תאריך חזרה	יעד נסיעה (שמות ארצות)
מטרת הנסיעה (עסקים, טיול מאורגן, טיול פרטי, ביקור קרובים, נופש, הבראה, טיפול רפואי, אחר):		
בכוונתי לבצע פעילות של ספורט אתגרי, ימי או חורף: <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא	במידה וכן, אנא פרט את סוג הפעילות המתוכננת:	

לתשומת ליבך – יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

1. שאלות כלליות		לא	כן
1	האם אחת ממטרות הנסיעה היא טיפול רפואי?		
2	האם הנסיעה הינה בניגוד להמלצה רפואית?		
2. האם אובחנה/ו אצלך מחלה, מום או הפרעה באחת או יותר מהבאים: (יש להשיב לכל הסעיפים)		לא	כן
1	במערכת העצבים והמוח - לרבות אבדן הכרה, סחרחורות, התעלפויות.		
2	בנפש		
3	בדרכי נשימה, ריאות		
4	בלחץ דם, מערכת הלב וכלי הדם		
5	במערכת העיכול		
6	בכבד, במרה, בבלב		
7	בכליות, בדרכי השתן, בערמונית		
8	בחילוף חומרים, במערכת ההורמונלית (בלוטות) - לרבות סוכרת		
9	בדם, בטחול, במערכת החיסון		
10	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת		
11	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.		
12	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות,		
13	במערכת הראיה		
14	אף אוזן גרון		
15	מחלות ראוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים שיגרנית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת.		
16	במערכת המין והרבייה (גניקולוגיה)		
17	כיום בהריון בסיכון גבוה		

2. על תשובה חיובית באחת השאלות לעיל נא פרטו:

מחלה/מום/הפרעה	מועד גילוי	מצב עדכני

3. האם בחצי השנה האחרונה אושפזת ו/או נותחת ו/או טופלת בחדר מיון או במוקד חירום רפואי? לא / כן (נא פרט):

תאריך	משך האשפוז	סיבת אשפוז/ניתוח	תיאור המצב כיום

4. האם בחצי השנה האחרונה עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? לא / כן (נא פרט):

סוג הבדיקה	הסיבה לבדיקה	אבחנה	תיאור המצב כיום

5. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? לא / כן (נא פרט):

סוג הניתוח/בדיקה	הסיבה לניתוח/בדיקה

6. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? לא / כן (נא פרט):

שם התרופה	סיבה לטיפול בתרופה	תדירות השימוש בתרופה

הצהרות המועמד לביטוח

- אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מאשר בזאת בחתימתי כי:
- ידוע לי כי תשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
 - ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
 - ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.

חתימת המועמד:

תאריך _____ שם המועמד _____ מס' זהות _____ חתימה *X* _____

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דינרס	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		חודש
<input type="checkbox"/> ישראלכרט	רחוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר	יישוב
<input type="checkbox"/> אחר	תאריך	חתימת בעל הכרטיס <i>X</i>