

הצעה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות מעודכן לחודש 05/2024

טופס 20-10
6400000275

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

תאריך	שעה	מספר טלפון ממנו התקשרת:	שלוחה:	מספר טלפון של מקבל השיחה	סוג מכשיר ההקלטה: ☐ טלרקורדר ☐ אחר
חותמת תאריך קבלה בחברה		תאריך מבוקש לתחילת ביטוח		שם נציג המכירה	
		20		מספר סוכן	
המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העוקב (אין לרשום תאריך מבוקש הקודם למועד החתימה על טופס הצעה זה).					

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):
במכירה טלפונית בלבד, נציג המכירה נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף הצהרת המועמדים לביטוח + מילוי סעיף הצהרת נציג המכירה כנדרש.

א. פרטי המועמדים לביטוח						
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
מועמד ראשי			☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק ☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש	ילדים	
מועמד שני			☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק ☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש	ילדים	
ילד 1			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 2			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 3			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 4			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 5			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 6			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 7			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 8			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 9			☐ זכר ☐ נקבה			
ילד 10			☐ זכר ☐ נקבה			
* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצהרות נפרד הכולל שאלון בריאות						
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 מועמד ראשי:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	מס' טלפון נייד				
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	מס' טלפון נייד				

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים 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 2000* או באמצעות דוא"ל - Har.bit@menora.co.il.
לידיעתך, 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	מועמד ראשי	בן/בת זוג מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	שם						
	גובה בס"מ						
	משקל בק"ג						
מס'		מועמד 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
מס'	האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנה מחלה ו/או הפרעה כלהלן?						
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 (נוירולוגית)?	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	מיאסטיניה 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.	סכרת עם ערכי HbA1C > 9 (המוגלובין C1A)	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 מושגת 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 נוירולוג 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

הערות:

הנני מצהיר כי התשובות לשאלות בטופס הן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח/בעל הפוליסה.

חתימת נציג המכירה X

שם נציג המכירה

תאריך:

ג. הצהרת נציג המכירה בעת מילוי הצעת הביטוח:

- א. אני נציג מכירות, מספר זהות _____ מספר זהות _____ מצהיר בזה כי דיברתי עם המועמד לביטוח ששמו מילאתי בעבורו ובשמו ו/או בשם ילדיו הקטנים את ההצעה לביטוח וכי כל הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח ניתנו לי ישירות על-ידו ובהסכמתו המלאה. וכן, הודעתי למועמד לביטוח שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן: "החברה") מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
- ב. אני מצהיר בזה כי מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח או כל חוזר שיבוא במקומו. אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, כי דמי הביטוח משתנים, תקופת הביטוח, החריגים והסייגים המהותיים הכלולים בו, סכומי ביטוח, פירוט תקופת המתנה וכן שלחתי לו את הגילוי הנאות.
- ג. הבהרתי למועמד לביטוח כי באפשרותו לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
- ד. אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח או כל חוזר שיבוא במקומו וכי תכנית הביטוח תואמת/ות את צרכי/ו של המועמד לביטוח. כמו כן מסרתי עותק מתוצאות ההתאמה למועמד/ים לביטוח.
- ה. במסגרת בירור הצרכים הביטוחיים, נמצא כי:
קיימת למועמד לביטוח פוליסה רלוונטית:
המועמד לביטוח ביקש לבטל או להקטין סכום ביטוח בפוליסה קיימת?
המועמד לביטוח מעוניין שבקשת הביטול תשלח באמצעות חברת הביטוח?
כן ☐ לא ☐ כן ☐ לא ☐ כן ☐ לא ☐
- ו. **אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות סיעוד עקב מעבר בין קופות חולים (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה)**
המועמד לביטוח מאשר כי הוברה לו שבאפשרותו לבטל מתחילה את תכנית הסיעוד החדשה אליה ביקש להצטרף בהצעה זו וזאת בתוך 90 ימים ממועד הצירוף ובתנאי שלא הוגשה תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו וכי הוא יהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הוברה למועמד לביטוח כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הגנו מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.
- ז. **הליך צירוף לביטוח -** במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, המועמד לביטוח ☐ אישר ☐ לא אישר כי ניתן יהיה בכפוף לבקשתו להפיק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן אושר על ידי המועמד לביטוח כי במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.
- ח. אני מצהיר כי פרטתי בפניו את העובדה כי קבלתו או דחייתו של המועמד לביטוח ו/או בני משפחתו הכלולים בהצעה לביטוח וחוזר הביטוח ייכנס לתוקף רק לאחר שמנורה מבטחים ("להלן: "החברה") תאשר בכתב את קבלתו לביטוח וזאת בהסתמך על הנתונים שדווחו על-ידו.
- ט. אני מצהיר כי הודעתי למועמד לביטוח וקיבלתי הסכמתו לכך כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידו ו/או אודותיו, ניתן ונאסף מרצונו ובהסכמתו לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה וכן, המועמד לביטוח הסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- י. אני מצהיר כי השאלות הנכללות בהצהרת הבריאות הוקראו על-די למועמד לביטוח וכי התשובות שסומנו ופורטו על-ידי, הן תשובותיו המלאות לשאלותיי.
- יא. המועמד הסכים לכך כי באם תתקבל הצעתו להצטרף לביטוח, ייגבו דמי הביטוח הנדרשים באמצעות אמצעי תשלום שנמסרו ללאומית שירותי בריאות.
- יב. **אופן משלוח דיווחים ומסמכים -** הוברה למועמד לביטוח כי דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד, אלא אם ביקש כי הדיווחים ישלחו באמצעות דואר ישראל. ככלל שהמועמד בחר כי הדיווח ישלח באמצעות דואר ישראל, יש לציין מטה את כתובת הדואר למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____

כתובת מועמד שני (ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז) _____

הוברה למועמד לביטוח כי באפשרותו לשנות את בחירתו, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' _____ או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il> וכן הוברה למועמד לביטוח כי פרטי ההתקשרות שציין בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

ד. ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" / כלל חברה לביטוח / לאומית שירותי בריאות ("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 ("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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אילכים 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 האפסטרופוס החוקי).

שם מבטח ראשי: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

שם מבטח משני: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____