

**הצעה לביטוח בריאות "אחריות ללב"**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

שם הסוכן <b>מנגו</b>	מספר <b>4766</b>
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר ההצעה	

**א. פרטי המועמד לביטוח - בעל הפוליסה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
מצב משפחתי ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/>	ילדים	מקצוע	עיסוק בפועל	תחביב
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	e-mail
כתובת				
מספרי טלפון	רגיל	נייד	פקס	
האם שירתת בצבא? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אם שוחררת מטעמי בריאות, פרט			
שם קופת חולים	מסלול קופת חולים כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם הרופא המטפל	שם היישוב	
האם אתה מבוטח בביטוח רפואי ו/או סיעודי כולל במסגרת קבוצתית? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם אי פעם נדחתה הצעתך לביטוח סיעודי/בריאות/חיים או התקבלת בתנאים מיוחדים מסיבה שאיננה מחלת לב? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			

**ב. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה**

תאריך התחלת הביטוח	01 / __ / 20 __	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מלא פרטים בסעיף ז) <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מלא בסעיף ח)
--------------------	-----------------	--	---

**ג. פרטי הביטוח**

היסודי <input checked="" type="checkbox"/>	אחריות ללב <input checked="" type="checkbox"/>	כתבי שירות לביטוח היסודי	נספח שירות אמבולטורי	כתב שירות לאחריות <input type="checkbox"/>	כתב שירות רפואה אלטרנטיבית <input type="checkbox"/>	כתב שירות אורח חיים <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------	----------------------	--	---	--

**ד. הצהרת המבקש / המועמד לביטוח**

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה להיות מבוטח לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").

**1. ידוע לי כי:**

- הכיסוי על-פי הפוליסה ניתן במקרה של החמרה של מחלת הלב שהיא אוטם בשריר הלב או ניתוח לב הכלול ברשימה של ניתוחי לב המכוסים על-פי הפוליסה, שארע במהלך תקופת הביטוח. צנתור אינו מכוסה על-פי הפוליסה.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו או קבלתה בתנאים מיוחדים, נתון לשיקול דעתה הבלעדי של החברה בכפוף להוראת הדין.

**ולראייה באתי על החתום:**

**חתימת המועמד לביטוח**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה

<p><b>מינוי הסוכן כשלוcho של בעל הפוליסה/המועמד לביטוח</b></p> <p>על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוcho של החברה. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוcho, תתן את הנוסח שלהלן:</p> <p><b>נוסח המינוי</b> - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981: אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p> <p>תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>הצהרת הסוכן</b></p> <p>אני מאשר כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי המועמד לביטוח.</p> <p>תאריך _____ שם הסוכן _____ <b>מנגו</b> מספר הסוכן _____ <b>4766</b> חתימת הסוכן _____</p>
--

מ"ד 70050005 / 15976 ה"ר 4.2.008

## ה. הצהרת בריאות לפוליסת "אחריות ללב"

יש לצרף העתק של כל מסמך רפואי שיש בידך, בפרט: סיכום אשפוז אחרון, סיכום צנתור אחרון, סיכום ניתוח אחרון, תוצאות מיפוי לב אחרון, תוצאות ארגומטריה אחרונה וכן דוח עדכני, מחצי השנה האחרונה, של קרדיולוג על מצבך.

### פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
רופא קרדיולוג מטפל	קופת-חולים	גובה	משקל	
<b>הצהרה בנושא עישון</b> <input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם <input type="checkbox"/> מעשן ___ סיגריות/סיגרטים/מקטרת ליום במשך ___ שנים.		<input type="checkbox"/> הפסקתי לעשן לפני ___ שנים. עד אז עישנתי ___ סיגריות ליום במשך ___ שנים. אם הפסקת העישון נגרמה בעקבות הוראת רופא צרף מסמכים או פרט _____		

### פרטים על מחלות לב נוספות וצנתורים

האם אתה סובל מהפרעת קצב כלשהי?  
 לא  כן

האם עברת אוטם בשריר הלב?  
 לא  כן, בתאריכים: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מאי-ספיקת לב?  
 לא  כן, תאריך אשפוז אחרון לטיפול באי-ספיקת הלב \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מכאב בחזה בזמן מאמץ?  
 לא  כן, מה מידת המאמץ הגורם לכאב:  
 קל ביותר, כמה צעדים בלבד  
 בינוני, הליכה עד 100 מטר  
 קשה, הליכה מעל ק"מ

האם סבלת ממחלה דלקתית של הלב?  
 לא  כן

האם יש לך סוכרת?  
 לא  כן, רמות HbA1c % \_\_\_\_\_ מ"ג  
 האם מטופל באינסולין?  לא  כן

האם אתה סובל מיתר-לחץ דם?  
 לא  כן, האם מטופל תרופתית?  לא  כן

האם ידוע לך על הפרעה בתפקודי הקרישה?  
 לא  כן, האם מטופלת תרופתית?  לא  כן

האם ידוע לך על ארגומטריה (בדיקת לב במאמץ) שאתה מתוכנן לעבור?  
 לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על צנתור או ניתוח שאתה מתוכנן לעבור?  
 לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מאיידס או נשא של נוגדנים למחלה?  
 לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

רמות LDL % \_\_\_\_\_ מ"ג

### צנתורים

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים כולל דוח ניתוח או דוח צנתור אם נעשה

האם עברת צנתור?  
 לא  כן, בתאריכים: \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על צורך בצנתור נוסף?  לא  כן

האם ידוע לך על צורך בניתוח לב?  לא  כן

### פרטים על ניתוחים ותרופות

### ניתוחי מעקפים

האם עברת ניתוח לב פתוח (מעקפים)?  
 לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_

האם עברת יותר מניתוח אחד שכזה?  
 לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על צורך בניתוח נוסף?  
 לא  כן

האם ידוע לך על צורך בצנתור או טיפול בבלון?  
 לא  כן

### ניתוחים נוספים

האם עברת ניתוח לב אחר?  
 לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_

סוג הניתוח - סמן ✓:

ניתוח להחלפת מסתם  ניתוח לתיקון מום מולד  
 ניתוח באבי העורקים  ניתוח להשתלת קוצב לב  
 השתלת לב  ניתוח להשתלת קוצב לב עם דפיברילאטור  
 ניתוח לתיקון מסתמי לב

האם עברת יותר מניתוח אחד שכזה?  
 לא  כן, בתאריך \_\_\_\_\_

מסוג \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על צורך בניתוח נוסף?  לא  כן

האם ידוע לך על צורך בצנתור או טיפול בבלון?  לא  כן

### תרופות

אם חסר מקום בטבלה אנא צרף דף נלווה מפורט.

האם אתה נוטל תרופות?  לא  כן, מלא בטבלה שלהלן ↓ :

שם התרופה	משך הזמן בשימוש

האם ידוע לך על תרופה שתהיה זקוק לה בעתיד?  
 לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

# 1. הצהרות

## 1. הצהרת המועמד לביטוח על שינוי במצב בריאות

אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי, מיום חתימת על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסויי הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבי, עלולות זכויותי עלפי תנאי הפוליסה להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

## 2. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

אני נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת-חולים מכבי, קופת-חולים כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא זכר בכתב זה, למסור לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירשרש על-ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי,

- א. אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.
- ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפרטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר נוגע לביורר זכויות וחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.
- ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-יכוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

## 3. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

## נוסח ההחלטה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף פרטי הביטוח".

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## 2. פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל		
<input type="checkbox"/> דינורס		
<input type="checkbox"/> לאומי קארד		
<input type="checkbox"/> ישראלכרט		
<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס		
<input type="checkbox"/> אחר		
מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	חודש
	20	
אני הח"מ נותן בזה לחברת כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את חשבון כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח ביני ובין כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	

## ה. הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
7377		7377		7377	
<b>אישור הבנק</b>					
לכבוד <b>כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ</b> דרך מנחם בגין 52 תל-אביב 67137					
קובלנו הוראות מ- <b>כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ</b> ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע; כל עוד לא הוצאו/בעלו/אצלו הוראות ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלו/אצלו החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.					
מספר זהות	שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות	שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות	שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק
1. אני/הח"מ שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק					
מכתובת _____					
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות/ות לביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשמות על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"דף פרטי הרשאה".					
2. ידוע לי/לנו כי:					
א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דף.					
ב. אהיה/נאיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.					
ג. אהיה/נאיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכח/מוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.					
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל-ינו להסדיר עם המוסב.					
4. ידוע לי/לנו כי סכמי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.					
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.					
6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על-ידי מיד לאחר קבלת החלטת, תוך ציון הסיבה.					
7. נא לאשר לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.					
תאריך	חתימת בעל החשבון	צוות	תאריך	חתימת בעל החשבון	צוות
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, על-פי שינויי הפרמיה וההצמדה כפי שייקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.					

## שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות (סעיף 4(א) בחוזר המפקח)

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

### האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

לא, חתום כנדרש בתחתית השאלון לפוליסת ביטוח בריאות זה וסיים בזה את מילוי.

כן, נא פרט

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם הפוליסות לביטוח בריאות כולל ריידרים שבתוקף:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת –

לא  כן

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה –

לא  כן

תשובה חיובית לאחד או יותר מן הסעיפים א ו-ב לעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.



חתימת המבוטח הראשי

תאריך

### הצהרת הסוכן

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח הבריאות שבתוקף:  לא  כן

חתימת הסוכנת

חתימת הסוכן

תאריך