כלל בריאות
מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים

לאומית

תאריך _____

טופס בקשת הצטרפות
לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים לאומית

פרטי המועמדים לביטוח:

	שם המשפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מין		גובה	משקל	תאריך לידה
המועמד/ת הראשי/ת				זכר	נקבה			
בן/בת זוג				זכר	נקבה			
ילד/ה 1				זכר	נקבה			
ילד/ה 2				זכר	נקבה			
ילד/ה 3				זכר	נקבה			
כתובת	רחוב ומס'		עיר			מיקוד		מס' טלפון

- ילדים מגיל שנתיים עד גיל 18 בלבד.

אם המשלם אינו המוטב:

שם המשלם/ת	ת.ז.	טלפון	כתובת המשלם/ת (רח', מס', עיר)	מיקוד	חתימת המשלם/ת

אני החתום/ה מטה מבקש/ת מ-"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") לבטח את הרשומים מעלה, בביטוח סיעוד קבוצתי "לאומית-סיעודי", בהסתמך על האמור בטופס זה. הצהרה זו מתייחסת לכל אחד מן המוטבים לביטוח הרשומים בטופס זה. אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזה כי:

1. כל התשובות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מרצוני החופשי.

2. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לי"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: **"החברה"**), ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

3. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בהתאם להוראות פרוטוקול החיתום. ידוע לי כי אם תידחה קבלתי לביטוח תהיה לי אפשרות לערער על החלטת המבטח בפני ועדת ערר.

4. ידוע לי כי החלטת החברה לקבל אותי לביטוח מסתמכת על הצהרותי בהצהרת הבריאות וכי לא קיימת לחברה חובה כלשהי לערוך בירורים או בדיקות נוספות לרבות, באמצעות שימוש בטופס הויתור על סודיות רפואית.

5. מסירת פרטים ומאגרי מידע: אני מצהיר כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה ו/או קופת חולים לאומית בקשר אליי והדרוש לכם לניהול הפוליסה, יוחזקו במאגרי המידע בקופת חולים לאומית ו/או בחברה ו/או אצל מי מטעמן.

המידע הנאגר כאמור ישמש את החברה ו/או מי מטעמה לצורך בחינת הבקשה, הפקת הפוליסה, ניהול הפוליסה, מתן שירותים במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין, ולרבות לצורך פניה אלי בקשר עם הצעות בנוגע לפוליסות פרט המזכרות בפוליסה בכל אחד מאמצעי ו/או פרטי ההתקשרות שנמסרו על ידי לקופה ו/או לחברה. המידע הנאגר כאמור ישמש את קופת חולים לאומית לצורך ניהול הפוליסה, מתן שירותי גביה במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין.

ידוע לי כי לא קיימת חובה חוקית למסור את המידע וכי מסירת המידע הינה תנאי לבחינת בקשתי להצטרף כמבוטח לפוליסה ולצירופי לפוליסה כמבוטח ונעשית מרצוני ובהסכמתי.

☐ אינני מסכים/ה לקבל הצעות בקשר לפוליסות נוספות.

6. הצהרה זו כולל הצהרת הבריאות שלהלן, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בטופס והנני חותם/ת על טופס זה גם בשמם כאפוטרופוס/ית.

חתימת המוטב _____ ת.ז. _____

כלל בריאות
מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים

לאומית

תאריך _____

7. הצהרת הבריאות:
הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על המוטב הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המוטבים.

ת.ז. מבוטח ראשי _____

מקדמית	מבוטח ראשי	בן / בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3
גובה בס"מ					
משקל בק"ג					

	האם קיימת אבחנה או סבלת מ- (סמן ב-√)	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1	האם קיימת הגבלה באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת.										
2	האם עברת אירוע מוחי מסוג C.V.A או T.I.A בחמש השנים האחרונות ו/או האם חלית בעבר במחלת סרטן וטרם חלפו חמש השנים מגמר הטיפול במחלת הסרטן?										
3	האם קיימת מחלה של מערכת העצבים (נוירולוגית) או של מערכת השרירים ?										
4	האם סובל מבעיה הקשורה במוח או בתפקודים השכליים (קוגניטיביים) או ירידה בזיכרון, המתועדת כאבחנה בתיק רפואי?										
4.1	האם חולה במחלת האלצהיימר, דמנציה, פרקינסון, ירידה קוגניטיבית או פגיעה בזיכרון, המתועדים בתיק רפואי?										
4.2	האם סובל מפיגור שכלי? אוטיזם?										
5	האם חולה במחלת נפש פעילה, מטופלת בתרופות?										
6	האם חולה במחלה או סובל מבעיה הקשורה בעצמות, עמוד השדרה, במפרקים או בגפיים?										
6.1	האם חולה במחלת מפרקים כרונית והאם הוחמרה ב-5 השנים האחרונות?										
6.2	האם קטוע גפיים מעל הברך או המרפק?										
6.3	האם סובל מבריחת סידן (אוסטיאופרוזיס)?										
6.4	האם סובל מפגיעה קשה בעמוד השדרה, אשר תוצאותיה קביעת נכות של 40% ומעלה?										
7	האם חולה במחלת ריאות חסימתית כרונית?										
8	האם חולה בסכרת תלוית אינסולין?										
9	האם סובל מאי ספיקת לב? אי ספיקת כליות כרונית? או מחלת כבד כרונית?										
10	האם מושתל איבר פנימי או מועמד להשתלה? כליה, לב, ריאה, לב-ריאה, כבד, לבלב?										
11	האם חולה במחלת גושה והינך מתחת לגיל 50? או במחלת טלסמיה מייג'ור פעילה?										
12	האם נשא או חולה במחלת איידס?										

ויתור על סודיות רפואית:
אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ולמשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: **"המבקשי"**), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על הסודיות הרפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה הינו מחייב, את עזבוני/נו ובאי-כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי המועמדים לביטוח והרשומים בטופס זה.

מובהר כי הויתור המפורט לעיל מוענק ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות המוקנות עפ"י הפוליסה.

הצהרה זו כוללת הצהרת הבריאות לעיל, חלה גם על בן/בת זוגי ועל כל אחד מילדי הרשומים מעלה.

חתימת המוטב/ים לביטוח _____ _____ תאריך: ____/____/____

תאריך תחילת הביטוח	שנה	חודש	יום