שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	**מספר פוליסה**

טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

הצעה לביטוח בריאות וסיעוד

טופס מספר **170**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעפרון

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח

השאלה	בן/בת זוג		מבוטח ראשי	
	לא	כן	לא	כן
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל?	☐	☐	☐	☐
האם בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	☐	☐	☐	☐

פרטי המבוטח הראשי

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ ז ☐ נ	☐ ר ☐ נ ☐ א ☐ ג

כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

כתובת דואר אלקטרוני	**המוטבים** - במות המבוטח*		
	שם מלא	מספר זהות	קרבה

פרטי המועמדים לביטוח

מבוטח		מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	**המוטבים** - במות המבוטח*		
							שם מלא	מספר זהות	קרבה
בן/בת זוג						☐ ז ☐ נ			
ילד 1	ילדים 17-0					☐ ז ☐ נ			
2						☐ ז ☐ נ			
3						☐ ז ☐ נ			
4						☐ ז ☐ נ			

* חובה למלא בהצעה לביטוח סיעודי, תאונות אישיות וריסק.

פרטים נוספים

מבוטח		עיסוק	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי
			מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית		
ראשי			☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____
בן/בת זוג			☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____
ילד 1	ילדים 17-0		☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____
2			☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____
3			☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____
4			☐	☐	☐	☐		☐ לא ☐ כן, פרט* _____

* חובה למלא רק בהצעה לביטוח סיעודי. יש לפרט האם הביטוח הסיעודי הוא במסגרת קופת חולים, פוליסה פרטית או פוליסה קבוצתית.

ב. נציג המועמד לביטוח (למילוי במקרה שהמבוטח הראשי הוא ילד עד גיל 18 בלבד)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				☐ ז ☐ נ	

כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד

ג. מועד התחלת הביטוח

מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.
הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח		
שנה	חודש	יום

מק"ט 52110057 (07.2011)

0111517001040711

פרטי מבוטח ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ד. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)

• לתשומת הלב - בהתאם לבחירת תכניות הביטוח, ייתכן ויופקו מספר פוליסות עבור מבוטח.
• בשחרור פרמיה במקרה של אכ"ע: **1.** הביטוח עד גיל 65, 3 חודשי המתנה. **2.** בעת תביעה, לא ניתן להוסיף כיסויים ו/או מבוטחים לפוליסה בגינה נרכש השחרור.

[1] בריאות

• התכנית הנבחרת הינה לכל המועמדים לביטוח. אם תבחר בתכנית מגדל בריאות פרטית לילד, תכנית זו תחול על כל הילדים המועמדים. למעוניינים בתכנית נפרדת לאחד או יותר מהמועמדים, יש למלא טופס נפרד.
• התכנית לכל הילדים המבוטחים תסתיים בגיל 25, למעט בתכנית מגדל בריאות פרטית לילד.

התכנית / מבוטח	מגדל בריאות פרטית						שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אכ"ע
	פרטית	פרטית +	משלים שב"ן*	עולמי	עולמי +	לילד	
ראשי	☐	☐	☐	☐	☐		☐
בן/בת זוג	☐	☐	☐	☐	☐		
ילדים						☐	

* התכנית מתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל.

[2] מחלות קשות

• החל מגיל 70 ישולם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב להלן.

התכנית / מבוטח	מגדל מזור 31 סכום פיצוי בש"ח	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אכ"ע
ראשי		☐
בן/בת זוג		
ילדים		

[3] סיעוד

• **'דואגים למחר משלים'** - ניתן לרכוש כיסוי עם **תקופת המתנה** של 60/36 חודשים רק אם יש ברשות המועמד לביטוח כיסוי סיעודי ל**תקופת פיצוי** של 60/36 חודשים.

התכנית / מבוטח	דואגים למחר תקופת המתנה 60 ימים		דואגים למחר משלים תקופת פיצוי כל החיים		סיעודי משולב - חבילות מובנות		
	תקופת פיצוי	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה 36 חודשים סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה 60 חודשים סכום פיצוי חודשי בש"ח	התכנית / פיצוי חודשי בש"ח	דואגים למחר משולב משולב 1	משולב 2	משולב 3
ראשי	☐ 5 שנים ☐ כל החיים				ב-3 השנים הראשונות	2,500	5,000	7,500
בן/בת זוג	☐ 5 שנים ☐ כל החיים				החל מהשנה ה-4	5,000	7,500	11,250
ילדים מגיל 3	☐ 5 שנים ☐ כל החיים				החל מהשנה ה-6	7,500	10,000	15,000
					ראשי	☐	☐	☐
					בן/בת זוג	☐	☐	☐
					ילדים	☐	☐	☐

[4] נספחים וכתבי שירות

התכנית / מבוטח	בריאות, מחלות קשות וסיעוד						סיעוד בלבד			
	אמבולטורי	רפואה משלימה	לילד	מומחה מלווה	ביקור רופא + מעבדה	מחליפי ניתוח*	השתלות	תרופות	בטוח איתך	שלא תשכח (מגיל 45)
ראשי	☐	☐		☐		☐	☐	☐	☐	☐
בן/בת זוג	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ילדים	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	

[4] * למגדל בריאות פרטית +.

[5] ריסק

התכנית / מבוטח	אור 1 סכום הביטוח בש"ח	אור 1 גיל סיום תקופת הביטוח*	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אכ"ע
ראשי			☐
בן/בת זוג			☐
ילדים			

[5] * סיום הביטוח על-פי התקופה הרשומה לעיל, אך לא יאוחר מגיל 70 של המבוטח.

[6] תאונות אישיות - דואגים למשפחה

• מבוטח מתחת לגיל 18 יצורף למסלול הילדים בלבד. • ניתן לרכוש חבילה אחת למבוטח.
• מועמדים לביטוח המבקשים לרכוש נספח ל**נכות מתאונה** נדרשים לסמן גם בריבוע המתאים בצד ההרחבה ל**נכות מתאונה**.

התכנית / מבוטח	דואגים למשפחה						
	בסיס	ארד	כסף	זהב	פלטינום	מסלול ילדים	נספח אופציונאלי נכות מתאונה*
ראשי	☐	☐	☐	☐	☐		☐
בן/בת זוג	☐	☐	☐	☐	☐		☐
ילדים						☐	☐

* הכיסוי בנספח לנכות מתאונה יסתיים בגיל 65, לילדים בגיל 25.

ה. אופן התשלום והגבייה

אופן התשלום: חודשי

אופן הגבייה:
☐ **למבוטח מגדל בלבד:** אבקש לגבות את הפרמיה על-פי אמצעי התשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.
☐ **הוראת קבע** - במקרה שאין תשלום בפוליסה קיימת בחברה, יש למלא טופס נפרד.
☐ **כרטיס אשראי** - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ☐ **ישראכרט** ☐ **אמריקן אקספרס** ☐ **ויזה** ☐ **דיינרס** ☐ **לאומי קארד**

מספר כרטיס	תוקף כרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר זהות בעל הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על-ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. **ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על-ידי חברת הביטוח.**

אם המשלם **אינו** מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח _____.	תאריך	חתימת בעל/י החשבון ★

(07.2011) 52110057 מק"ט

0111517002040711

פרטי מבוטח ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ו. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול על מבוטח (מבוגר), בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים

	מבוטח ראשי	בן/בת זוג
עישון	☐ אינני מעשן ולא עישנתי בעבר ☐ אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) _____ ☐ בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה/חודש) _____ ועד לתאריך (שנה/חודש) _____	☐ אינני מעשן ולא עישנתי בעבר ☐ אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) _____ ☐ בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה/חודש) _____ ועד לתאריך (שנה/חודש) _____

מבוטח ראשי		בן/בת זוג		**סמן כן / לא** - פרט אם יש צורך. **אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט [שמספרו רשום בסוגריים]**	שם ילד 1		שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4	
כן	לא	כן	לא		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				גובה בס"מ } לילדים מגיל 10 בלבד								
				משקל בק"ג }								
				תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם כן, צרף שאלון.								
				אלכוהול [22] - אני צורך/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____.								
				סמים [22] - אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____.								
				שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים								
				1. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בעבר בתאונה **[10]** או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא פרט בהערות וצרף מכתב מרופא מטפל.								
				2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות או האם עברת אי־פעם ניתוח? **[3]**								
				3. האם נעדרת מעבודתך/לימודיך עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?								
				האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הבעיות הרפואיות/או המומים המפורטים להלן:								
				4. **א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.** יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה.								
				ב. מחלות העצבים והחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה **[4]**,כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראייה **[11]** או בשמיעה **[12]**, דיכאון או מחלות נפשיות **[13]**.								
				ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה [1], כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.								
				ד. מחלות לב [2] וכלי הדם [14], כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי־ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.								
				ה. מחלות דרכי עיכול [6], כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסיון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת הצהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.								
				ו. מחלות כליה [18] ודרכי השתן [15], כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה **[16]** או מחלה אחרת.								
				ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת **[7]**, מחלות בלוטות, מחלות בלוטת המגן **[8]**, כולסטרול ושומנים גבוהים בדם **[9]**, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.								
				ח. מחלות מין, עור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודות חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.								
				ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא/ת נוגדנים של איידס.								
				י. כאבי גב [5], מחלות פרקים ועצמות [17] [19], כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.								
				יא. מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, ניוון שרירים.								
				5. האם אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות/בן/בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נוירולוגית (כגון: אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 50? **[20]**								
				6. האם אתה מקבל תרופות? **[21]**								
				7. האם אי־פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות או סיעוד בחברת ביטוח כלשהי?								
				8. האם אתה מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת? (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית עקב גילו).								
				9. האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים ו/או שהנך מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או ממוסד אחר?								
				10. האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?								

הערות: _____

ז. ויתור על סודיות רפואית

אני/ו הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי/נו, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס/ית טבעי/ת שלהם, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שלא תידרש על־ידי "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, ואני/ו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלותיי/נו כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה ל/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל.
כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן אני/נו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

תאריך	חתימת מבוטח ראשי / נציג המוסמך לביטוח ★	חתימת בן/בת זוג ★

מק"ט 52210057 (07.2011)

0111317003040711

פרטי מבוטח ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ח. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצהרה זו לאחר שמצאת אותה/ן מתאימה/ות לצרכיי ובהסתמך על כל האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כלהלן:

1. **כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.**
2. אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרות הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח. וידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי במצבי, עלולות זכויותי על־פי תנאי תכנית הביטוח להיפגע, בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח. אם אדרש לכך על־ידי החברה, אני מתחייב להבדק בדיקה רפואית על־ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על־ידי לרופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעתי.
3. **קבלה לביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה.
4. **הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
5. **מועד התחלת הביטוח ותנאים בקשר לכניסת חוזה הביטוח לתוקפו:** ידוע לי כי תאריך התחלת הביטוח יהיה רק לאחר שהחברה תאשר את קבלתו של המועמד לביטוח והחל מהמועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
6. ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד - 2004.
7. **הליך הצטרפות:** ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בהליך החיתום במסגרתו מעריכה החברה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר ורק עם סיומו תודיע החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה.

☐ **אני מעוניין באפשרות פיצול זו.**

8. **אישור שמירת נתונים אישיים ואמצעי התקשרות עם המועמד לביטוח:** בסעיף זה "החברה" משמעה מגדל חברה לביטוח, לחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע הנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסים נוספים, דיוור ישיר, עיבודים סטטיסטיים ופילוח שיווקי. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לסוכן ביטוח הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי הוראות הודעה זו.

אני מסכים כי מידע כאמור ישוגר אליי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

☐ אינני מעוניין שתשלחו אלי עדכונים ו/או פניות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.

9. **היותי של המבוטח הראשי שלוח של המבוטחים:** במקרה של מספר מבוטחים בפוליסה אחת: אני/ו מאשר/ים כי המבוטח הראשי הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.
10. **הצהרה לעניין נציג במקרה של ילד:** אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי אני הנציג על־פי דין של המועמד לביטוח שהינו ילד וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זו מחייבת אותו לכל דבר ועניין.
11. **למבקשים להצטרף לביטוח הסיעוד - אני מאשר כי קיבלתי לידי את המדריך לקונה ביטוח סיעודי.**
12. **למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן -** סמן X ב- ☐

ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי :

א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

ד. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ה. כל אחד מהמועמדים המפורטים לעיל הינו חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן כמפורט לעיל. ידוע לנו כי עובדת היות המועמד לביטוח חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן הינה ענין מהותי, ובכל מקרה שבו יחול שינוי בחברותנו בקופת החולים ובתכנית השב"ן המציינת לעיל, אנו מתחייבים להודיע על כך לחברה.

13. **למבקשים להצטרף לתכנית "דואגים למחר (משלים)" -** סמן X ב- ☐

ידוע ואני מאשר ומצהיר כי :

א. תנאי מהותי לרכישת תכנית לביטוח "דואגים למחר (משלים)" הינו כי כל אחד מהמבוטחים לעיל מבוטח בכיסוי סיעודי קבוצתי בקופת חולים, או במסגרת סיעוד פרטי, או במסגרת סיעוד קבוצתי אחר - בהתאם לפרטים המפורטים לעיל. בכל מקרה שבו יחול שינוי בפרטים שנמסרו לעיל אני מתחייב להודיע על כך לחברה.

ב. "דואגים למחר (משלים)" משמש כרובד משלים לכיסוי סיעודי, במסגרת קופת החולים, או פרטי בחברת ביטוח אחרת, או במסגרת ביטוח קבוצתי, כפי שציינתי בטבלה לעיל, ולו תקופת המתנה ושל ☐ 36 חודשים ☐ 60 חודשים, כפי שציינתי לעיל, בה אין זכאות לתגמול סיעודי על־פי תנאי תכנית הביטוח (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך ☐ 36 חודשים / ☐ 60 חודשים).

14. **החלפה/שינוי פוליסה:** האם יש בידיך פוליסות בריאות בתוקף? ☐ כן ☐ לא.

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת? ☐ כן ☐ לא

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה? ☐ כן ☐ לא

תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימות המועמדים על ההצהרות 11-1 ו-14 לעיל, ו-13-12 אם סומנו לגבי המבוטח:

תאריך	חתימת מבוטח ראשי / נציג המועמד לביטוח ★	חתימת בן/בת זוג ★

ט. הצהרות הסוכן

1. אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על־ידם והם חתמו לעיל לפניי.
2. למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: ☐ כן ☐ לא
3. **הצהרת הסוכן ברכישת "דואגים למחר (משלים)":**

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "דואגים למחר (משלים)", מותנית בהיותו מבוטח בביטוח סיעודי בקופת חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. כמו כן הבהרתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "דואגים למחר (משלים)" כולל התייחסות לתקופת ההמתנה בת ☐ 36 חודשים (3 שנים)/ ☐ 60 חודשים (5 שנים), בה המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על־פי תנאי פוליסה זו.

על־פי מה שנמסר לי אישית על־ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, לכל אחד מהמועמדים לביטוח המפורטים בטבלה לעיל, קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת ביטוח סיעודי פרטי, קבוצתי בקופ"ח או קבוצתי אחר.

תאריך	חתימת הסוכן ★

מק"ט 522110057 (07.2011)

0111517004040711