

תאריך:

בקשת הצטרפות לביטוח סיעודי לחברי מכבי שירותי בריאות

באמצעות "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ"

ניתן להצטרף לתכנית עד גיל 70. למצטרף חדש מעל גיל 53 או משדרג מעל גיל 53 מ"סיעודי כסף" ל"סיעודי זהב" - יש תוספת פרמיה למשך 5 השנים הראשונות מיום ההצטרפות/השדרוג.

תנאי לקבלה לביטוח הסיעודי הינו מילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ואישור המבטח.

אזור

פרטי מאחד המשפחה:

חלק א' - פרטים אישיים ומשפחתיים - מאחד/ת, בן/בת זוג והילדים מתחת לגיל 18

מספר הזהות	שם משפחה		שם פרטי	תאריך לידה		מין
	מס' בית	כניסה		דירה	שם ישוב	
מאחד/ת						
בן/בת זוג						
ילדים						
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	שם ישוב	מיקוד
מאחד/ת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	מס' פקס	כתובת דואר אלקטרוני		
בן/ת זוג						

חלק ב' - הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המאחד/ת, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון "לא" לתשובה שלילית, "כן" לתשובה חיובית. במקרה של תשובה חיובית אנא פרט/י. ניתן לפרט גם במקום המיועד לכך בעמוד הבא.

שאלות כלליות	מאחד/ת	בן/בת זוג	ילד	ילד	ילד	ילד	פירוט התשובות
1. גובה (נא לציין גובה בס"מ)							
2. משקל (נא לציין משקל בק"ג)							
3. מעשן/ת, כמה זמן בשנים, כמות סיגריות ליום, אם הפסקת, מתי. בתשובה חיובית נדרש פירוט מורחב.							
4. האם הנך מוגבל/ת באופן חלקי או מלא בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום ולשבת, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים. בתשובה חיובית נדרש פירוט מורחב.							
האם לקית באחת או יותר מהמחלות הבאות?							
5. מאורע מוחי (T.I.A / C.V.A)							
6. סוכרת							
7. דמנציה/ אלצהיימר/ תשישות נפש							
8. מחלת לב או אי ספיקת לב							
9. מחלה ממארת אונקולוגית (סרטן)							
10. מחלת מערכת עיכול או כבד כרונית							
11. מום מולד (כולל פיגור, CP)							
12. קטיעת איברים/חולשה או שיתוק גפיים							
13. מחלה ניוונית במערכת העצבים והשרירים (פרקינסון, M.S, A.L.S, פוליו)							
14. יתר לחץ דם							
15. מחלת נפש							
16. עיוורון							

פירוט התשובות	ילד	ילד	ילד	ילד	בן/בת זוג	מאחד/ת	שאלות כלליות
							17 האם לקית באחת או יותר מהמחלות הבאות? (מחלות ריאה כרוניות (כגון COPD)
							18 מחלה כרונית בכליות או במערכת השתן
							19 מחלה כרונית אחרת, פרט
							20 מחלות שלד ומפרקים (כולל אוסטיאופורוזיס)
							21 האם אושפזת בעבר למעלה מ-6 ימים: (למעט לידה)
							22 האם עברת ניתוח ב-12 החודשים האחרונים, או האם ידוע לך על הצורך לעבור ניתוח, טיפול רפואי מהותי או אשפוז?
							23 האם עברת בדיקות מיוחדות ב-5 השנים האחרונות? (כגון: M.R.I-תהודה מגנטית, C.T-טומוגרפיה ממוחשבת)
							24 האם נטלת / הנך נוטל תרופות באופן קבוע? אילו תרופות?
							25 האם הנך צורך סמים ו/או אלכוהול?
							26 האם היית/הנך במעקב רפואי / התפתחותי / פסיכולוגי / פסיכיאטרי?
							27 האם קיבלת שירותים מיוחדים לטיפול בית? היכן, תקופה, פרט.
							28 האם פנית בעבר להצטרף לביטוח הסיעודי ונדחת?
							29 האם קיבלת/הנך מקבל מביטוח לאומי: גמלת סיעוד- מתאריך: _____ בשיעור % _____ קצבת שר"מ- מתאריך: _____ בשיעור % _____ קצבת נכות/ילד נכה- מתאריך: _____ בשיעור % _____

להלן המקום המיועד להרחבת המידע הרפואי לתשובות חיוביות שניתנו בחלק ב'

פירוט	שם פרטי	מס' שאלה
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

פרטי מאחד המשפחה:

כתב ויתור על סודיות רפואית והצהרת המועמד לביטוח

1. הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לוותר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיך את חברת הביטוח לבקש, לקבל מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה.
הנני מוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ולא תהיה לי כלפי המוסד ו/או עובדיו כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לקבלת מידע כאמור.
2. כמו-כן אני מסכים מראש שכל מוסד, לרבות מכבי שירותי בריאות ו/או אגודת מכבי מגן או עובדיו הרפואיים ו/או אחרים שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כאמור לעיל, יגלו אותו לחברת הביטוח לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע.
הנני משחרר בזה כל מוסד ו/או עובדיו מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע לחברת הביטוח מכל תיק שנפתח על שמי.
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 וגם לפי חוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגר המידע של כל מוסד.
3. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. אני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן, יוחזקו במאגרי מידע במכבי שירותי בריאות ו/או במכבי מגן ו/או בחברת הביטוח ו/או אצל מי מטעמך, וכי המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן ו/או את מי מטעמך.
המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מי מטעמה לצורך בחינת הבקשה, ניהול הפוליסה, מתן שירותים במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין, ולרבות לצורך פניה אלי בקשר עם הצעות בנוגע לפוליסות פרט הנזכרות בפוליסה. המידע הנאגר כאמור ישמש את מכבי שירותי בריאות לצורך ניהול הפוליסה, מתן שירותי גביה במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין.
5. אני מבקש/ת כי באם תתקבל הצעתי להצטרף לביטוח שבנדון, ייגבו דמי הביטוח הנדרשים על פי תנאי הפוליסה, באמצעות הוראת הקבע שמסרתי ל"מכבי שירותי בריאות" לצורך תשלום שירותי הבריאות הנוספים. באם אין ב"מכבי שירותי בריאות" הוראת קבע תקפה כאמור, הביטוח שבנדון לא יכנס לתוקף, עד להסדרתה של הוראת קבע לבנק ב"מכבי שירותי בריאות".
6. ידוע לי כי הביטוח לא יכנס לתוקף עד לקבלת אישור המבטח על כך בכתב גם אם שולמה קודם לכן הפרמיה בגין הביטוח ו/או שם המועמד לביטוח נרשם ברשימה המועברת למבטח ע"י בעל הפוליסה. נדחתה הצעת המועמד/ים לביטוח לאחר שהחלה גביית דמי הביטוח (הפרמיה) - יוחזר התשלום שנגבה.
- מועד תחילת הביטוח יהיה ה-1 לחודש העוקב למועד אישור המבטח בכתב על קבלת המועמד/ים לביטוח הנ"ל.
7. אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו בטופס ההצטרפות ובמסמכים המצורפים הינם נכונים ושלמים.

מאחד/ת			
שם ושם משפחה	תעודת זהות	תאריך	חתימה

בן/ בת זוג			
שם ושם משפחה	תעודת זהות	תאריך	חתימה

לשימוש המשרד בחברת הביטוח:	תאריך קבלת הבקשה:	חתימה:	חותמת:
----------------------------	-------------------	--------	--------

שם המשרית: _____