

מהדורה אפריל 16

|             |       |
|-------------|-------|
| שם הסוכן    | מספרו |
| שם המפקח    | מספרו |
| מספר פוליסה |       |

חותמת תאריך קבלה בחברה

**א. פרטי המועמדים לביטוח**
**פרטי מועמד ראשי**

| שם משפחה           | שם פרטי    | מס' ת.ז.         | מין             | תאריך לידה     |
|--------------------|------------|------------------|-----------------|----------------|
| מקצוע              | עיסוק      | תחביב            | משקל בק"ג       | גובה בסי"מ     |
|                    | קופת חולים | משלים קופת חולים | סניף קופת חולים | שם הרופא המטפל |
| כתובת רח' מספר בית | יישוב      | מיקוד            | מס' טלפון       | מס' טלפון נייד |

**פרטי מועמד משני**

| שם משפחה | שם פרטי    | מס' ת.ז.         | מין             | תאריך לידה     |
|----------|------------|------------------|-----------------|----------------|
| מקצוע    | עיסוק      | תחביב            | משקל בק"ג       | גובה בסי"מ     |
|          | קופת חולים | משלים קופת חולים | סניף קופת חולים | שם הרופא המטפל |

**ב. פרטי הילדים המבוטחים בפוליסה**

| שם הילד- רשום גם שם משפחה אם שונה | מספר זהות | תאריך לידה | מין |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----|
|                                   |           |            |     |
|                                   |           |            |     |
|                                   |           |            |     |
|                                   |           |            |     |

**ג. פרטי המוטבים במות המבוטח**

| מבוטח      | שם משפחה | שם הפרטי | מספר זהות | יחס קרבה | חלק ב-% |
|------------|----------|----------|-----------|----------|---------|
| מבוטח ראשי |          |          |           |          |         |
| מבוטח משני |          |          |           |          |         |

**ד. האם הצעה זו מחליפה פוליסה שבוטלה /עשויה להתבטל בשירביט או בחברה אחרת?**

כן / לא

אם כן- אנא מלא וצרף את שאלון ההחלפה המצ"ב.

**ה. תאריך התחלת הביטוח ואופן התשלום והגבייה ו. הצהרת עישון**

| תאריך התחלת הביטוח | אופן התשלום (בכרטיס אשראי)<br>חודשי / רבעוני<br>חציוני / שנתי | אופן הגבייה<br>כרטיס אשראי<br>(מלא פרטים בסעיף יג')<br><br>הוראת קבע<br>(מלא פרטים בסעיף יד') | מבוטח ראשי                  | מבוטח משני                  |
|--------------------|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ____/____/____     |   |   | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 1. |
|                    |   |   | <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 2. |
|                    |   |   | <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 3. |

**מינוי הסוכן כשלוחו של המועמדים לביטוח**

על פי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1891 (להלן: "חוק חוזה הביטוח"), נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה/ם מעוניין/ים במינוי סוכן הביטוח שלך/כם, כשלוח/כם, על כל מועמד לחתום על הנוסח שלהלן: לפי חוק חוזה הביטוח 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. תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד המשני לביטוח: \_\_\_\_\_

**ז. הכיסוי הביטוחי המבוקש בתוכנית More בריאות - יובהר כי ניתן לרכוש כל אחת מתכניות הבסיס בנפרד**

| תכניות הבסיס   |
|--|
| <input type="checkbox"/> "ביטוח השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל" (גיל הצטרפות לתכנית זו הוא 30 ימים) חתימה: _____  |
| <input type="checkbox"/> "סל תרופות מורחב" (גיל הצטרפות לתכנית זו הוא 30 ימים) חתימה: _____  |
| <input type="checkbox"/> "הגנה משפחתית" - תאונות אישיות לכל המשפחה (גיל הצטרפות לתכנית הנ"ל הוא שנתיים) חתימה: _____   |
| <input type="checkbox"/> "בטחון לבריאות" - פיצוי למחלות למבוגרים (סכום ביטוח מינימלי למחלות קשות: 50,000 ש"ח, גיל הצטרפות לתכנית זו הוא 23 שנים) חתימה: _____<br>סכום ביטוח מועמד ראשי: _____ סכום ביטוח מועמד משני: _____ |
| <input type="checkbox"/> "בטחון לילד" - פיצוי חד פעמי בגין מחלות ואירועים רפואיים לילדים (גיל הצטרפות לתכנית זו הוא 3 שנים) חתימה: _____   |

**ח. הצהרות המבקשים/ים**

הצהרות המבקשים/ים

אני/החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקשים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן: "ההצעה").

**1. הצהרת נכונות ודיווח**

- 1.1 אני מצהיר/ה ומסכים/ה ומתחייב/ת בזה כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני והסכמתי, וכי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על ידי, הן כנות ומלאות. לא העלמתי מהחברה דבר שעלול להשפיע על החלטתה לקבל את ההצעה לביטוח. -
- 1.2 התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב לחברה על ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

**2. ידוע לי/לנו כי:**

- 2.1 חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את המועמד לביטוח.
- 2.2 אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של החברה, בכפוף להוראות החוק. החברה שומרת על זכותה לוודא שלא חל שינוי בתנאים ובתשובות עליהם הצהיר המועמד לביטוח בעת ההצטרפות לביטוח לפני שתודיע למועמד על קבלתו לביטוח
- 2.3 ידוע לנו כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואנו מאשרים כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאנו אותה מתאימה לצרכינו. כמו כן נמסר לנו כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי ומומלץ לבדוק בכל עת בעתיד את המוצר שנרכש ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד, וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שנרכשו עשויים להשתנות. באפשרות המבוטח לבטל את כל אחת מהתוכניות שנרכשו כמפורט לעיל בסעיף 2 בהתאם לתנאי התכנית וחוק חוזה הביטוח.
3. **אני/ו מצהיר/ים** כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסכים/ים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס טבעי/ים שלהם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

**ט. ויתור על סודיות**

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת של החברה וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים ושירותים בחברה.

אני מסכים

**כתב ויתור על סודיות רפואית - הצהרת המועמד לביטוח**

1. אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת חולים מכבי, שרותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, 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 לקרן הפנסיה, לכל חברות הביטוח, ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא מזכר בכתב זה, למסור לשירביט חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.
2. אני משחרר כל גוף או אדם, שפורטו לעיל, מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות המוקנות על-פי תנאי הפוליסה ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
3. כן, אני מייפה את כוחו של המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות המוקנות על-פי תנאי הפוליסה.
4. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטינים (באם ישנם כאלה).
5. 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

## י. הצהרת המועמד/ים לביטוח על מצב בריאותו/תם

במידה וגיל של מועמד הוא 65 ומעלה - על המועמד להמציא לחברה סיכום מידע רפואי עדכני מהרופא המטפל הקבוע בקופ"ח. חובה לכלול במידע את הפרטים הבאים: ניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות

(דרישה זו לא תחול במקרים של רכישת תכנית "הגנה משפחתית - תאונות אישיות" כתכנית בפני עצמה)

| מועמד ראשון |    | מועמד שני |    | שאלות כלליות על מצב רפואי |    |       |    |       |    |       |    |  |
|-------------|----|-----------|----|---------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|--|
| כן          | לא | כן        | לא | ילד 1                     |    | ילד 2 |    | ילד 3 |    | ילד 4 |    |  |
| כן          | לא | כן        | לא | כן                        | לא | כן    | לא | כן    | לא | כן    | לא |  |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | השאלה / הנושא  |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 1. היסטוריה משפחתית:<br>האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן מעי, סרטן שחלות סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר. |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 2. אחוזי נכות ומום מולד:<br>האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית?<br>האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות?   |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 3. בדיקות אבחנתיות:<br>האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הופנת לעבור בדיקה אבחנתית כגון:<br>צנתור, מיפוי לב, אקו-לב, CT, MRI, ביופסיה, דם סמוי?   |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 4. אשפוזים:<br>האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית כלשהי?   |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 5. ניתוחים:<br>האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?  |
|             |    |           |    |                           |    |       |    |       |    |       |    | 6. תרופות:<br>האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית ב-10 שנים האחרונות? (למעט אספירין או אופטלגין)  |

### האם אובחנו אצלך אחת המחלות/ההפרעות ו/או בעיות הרפואיות הרשומות מטה

| כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |  |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 1. מערכת העצבים והמוח, לרבות שיתוקים, טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה, פרקינסון, פוליו.  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 2. לב, כלי דם, אירוע מוחי (כולל אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 שנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)?                              |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 3. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 4. מחלות ובעיות דם ובעיות קרישה?   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 5. סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם, מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה (אדרנל) |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 6. גידולים כולל פוליפים ושפירים, סרטן ומחלות ממאירות   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 7. מערכת העיכול, המעיין לרבות קרוהן וקוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלב, פי הטבעת  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 8. מחלת כבד, מחלת צהבת, הפרעות בתפקוד כבד  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 9. מחלות והפרעות כליות ודרכי שתן   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 10. מחלות והפרעות ריאות/ דרכי הנשימה ואלרגיות  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 11. מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לופוס/ זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית FMF   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12. בעיה/ הפרעות/מחלות אורתופדית כולל גב/עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13. בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרון וחלל הפה  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14. בעיות הקשורות לעיניים (כולל מספר העדשות- רק למקרים מעל מספר 8)?                                   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15. מחלות עור ואלרגיה   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16. מחלות זיהומיות מחלות אוטואימוניות (מחלת חיסון עצמי), איידס/ נשא HIV, מחלות מין                    |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 17. לנשים: בעיות גניקולוגיות או שדיים.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 18. לגברים: מחלות והפרעות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים.   |

אם ענית בחיוב לאחת מהשאלות לעיל - אנא פרט והגש מסמכים רפואיים נוספים ושאלון מפורט.

---



---



---



---

### יא. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת התכניות המבוקשות:

- עם תוספת רפואית, בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.  
 ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין למצבי הבריאותי הקיים ו/או להחמרתו, כמפורט להלן:

.....

.....

.....

נוסח ההחרזה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף הרשימה".

ולראייה באנו על החתום:

חתימת המועמד הראשי

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

חתימת המועמד המשני

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

### יב. הצהרת הסוכן

ני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד/ים לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

### יג. כרטיס אשראי

יד. הוראת קבע

## שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, אנא השב על השאלות המקדימות שלהלן:

### האם אתה מבוטח בפוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

כן / לא

אם לא - אנא חתום כנדרש בתחתית השאלון. אין צורך בהמשך מילוי השאלון.  
אם כן - נא ענה על השאלות שלהלן לגבי פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:



1. האם הפוליסות כוללות 'ריידרים' (כתבי שירות) בתוקף:

כן / לא

2. האם הפוליסות עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת -

כן / לא

3. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או תכנית חדשה האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה -

כן / לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 2-3 מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח הראשי: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח המשני: \_\_\_\_\_

### הצהרת הסוכן

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:

כן / לא

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכנות: \_\_\_\_\_