

**הצעה לביטוח סיעודי**

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה	מס' עיסקה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------	-----------

אנ/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

**פרטי המועמדים לביטוח**

שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	מס' תעודת זהות	מין	ת. לידה	מצב משפחתי	עיסוק
מבוטח ראשי				ז / נ			
מבוטח שני				ז / נ			
ילד 1				ז / נ			
ילד 2				ז / נ			
ילד 3				ז / נ			

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

הנני נתון בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. בא סמן  לא  כן

**מינוי מוטבים למקרה מוות**

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קירבה	% חלקים
מבוטח ראשי			ז / נ		
מבוטח שני			ז / נ		
ילדים			ז / נ		

**פירוט הכיסויים המבוקשים**

<b>סעודי 360 (פרמיה קבועה) - 30 יום המתנה</b>	
<input type="radio"/> (1504) מבוטח ראשי. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1504) מבוטח שני. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1504) ילד. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<b>סיעודי 360 (פרמיה קבועה) - תקופות המתנה ארוכות. תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים.</b>	
<input type="radio"/> (1505) מבוטח ראשי <input type="radio"/> 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	<input type="radio"/> (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)
<input type="radio"/> (1505) מבוטח שני <input type="radio"/> 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	<input type="radio"/> (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)
<input type="radio"/> (1505) ילד <input type="radio"/> 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)	<input type="radio"/> (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)
<b>עתיר כבוד (פרמיה קבועה) - 60 יום המתנה</b>	
<input type="radio"/> (1537) מבוטח ראשי. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)	תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1537) מבוטח שני. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)	תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1537) ילד. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)	תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<b>סיעודי משלים</b>	
<b>עתיר כבוד משלים - תקופת תגמול לכל החיים</b>	
<input type="radio"/> (1539) מבוטח ראשי <input type="radio"/> 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)	<input type="radio"/> (1538) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)
<input type="radio"/> (1539) מבוטח שני <input type="radio"/> 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)	<input type="radio"/> (1538) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)
<b>סיעודי משלים (פרמיה משתנה)</b>	
<input type="radio"/> (1745) מבוטח ראשי	תקופת הפיצוי המבוקשת: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1745) מבוטח זוג	תקופת הפיצוי המבוקשת: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1746) לילדים עד גיל 20	תקופת הפיצוי המבוקשת: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<b>חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה + משתנה) מבוטח חדש / מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף (גיל כניסה מקסימאלי - 60)</b>	
<input type="radio"/> (1537) גובה פיצוי פרמיה קבועה _____ ש"ח	<input type="radio"/> (1734) גובה פיצוי פרמיה משתנה _____ ש"ח
<input type="radio"/> (1537) מס' פוליסה בתוקף _____	לתקופה: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים
<input type="radio"/> (1537) גובה פיצוי פרמיה קבועה _____ ש"ח	<input type="radio"/> (1734) גובה פיצוי פרמיה משתנה _____ ש"ח
<input type="radio"/> (1537) מס' פוליסה בתוקף _____	לתקופה: <input type="radio"/> 60 חודשים <input type="radio"/> 96 חודשים <input type="radio"/> כל החיים

1. יש לציין את סכומי הביטוח בפרמיה הקבועה ובפרמיה המשתנה ביחס שלא יפחת מ- 1:1 בהתאמה.  
2. סכום ביטוח מקסימאלי: 10,000 ש"ח לכל פוליסה.

**שאלון הצהרת בריאות - הוקראה וניתנה ע"י המבוטחים בטלפון**

ראשי	שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	גובה/משקל
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת תרופות?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך סובלת/ואו סבלת ממחלה כלשהי, פציעה או מק מתאונה?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך סובלת/ואו סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, יתר לחץ דם, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, עודף שומנים בדם?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך סובלת/ואו סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני, מחלות דרכי נשימה, אסטמה, עיוורון מלא ו/או חלקי ו/או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים ו/או חירשות, מחלות עור, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?
לא	לא	לא	לא	לא	האם אושפדת בעבר ו/או עברת ניתוח?
לא	לא	לא	לא	לא	האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או ניתוח כלשהו בעתיד?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך סובלת/ממפרעות רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך סובלת/ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הנך צורך משקאות חריפים? האם הנך משתמש ו/או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
לא	לא	לא	לא	לא	האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוק, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, אוסטיאופורוזיס?

**הצהרת בריאות- הצעה לביטוח סיעודי**

לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?
לא	לא	לא	לא	לא	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסיוד סיעודי ו/או באמר לך שהנך צפוי להיות מקק לסיוד תוך 12 חודש?
לא	לא	לא	לא	לא	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?
לא	לא	לא	לא	לא	האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?

**הצהרות**

אני/אנו החתומים/ות מטה ו/או המועמדים/ים לבעלות על הפוליסה, מבקשים/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: החברה) לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שייסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לענין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביננו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. 4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה ו/או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק ו/או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שבי"ן + ברות הביטוח. 6. הנני/ו הצהיר כי למיטב הבנתי/נו, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי ו/או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרם להפחתה בסכום הביטוח או ביסווי הביטוח או קיצור תקופת הביטוח הקבוצה בהם. במידה והתשובה היא חיובית לאחת מהשאלות בסעיף זה (סעיף 6), יש למלא שאלון החלפה מלא.

**הצהרות לביטוח סיעודי**

פוליסת עתיר כבוד וסיעודי 360 עם תקופת המתנה 36 ח' ו/או 60 ח' משלימה את הכיסוי הביטוחי הביתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח ו/או לקבוצות ו/או לקולקטיבים ו/או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח יעוד לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסת הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח ו/או בקבוצה או בקולקטיב ו/או בפוליסה פרטית (א 3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי הפוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי ועל עוד הוא במצב סיעודי. לתשומת ליבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד ו/או סיעודי 360 עם 36 ח' ו/או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד שבמסגרת קופת חולים ו/או קבוצה ו/או קולקטיב ו/או פוליסת סיעוד פרטית.

**השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר**

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעוד של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית ו/או פוליסת סיעוד פרטית?	לא	לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופות החולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי שב"ן הוא נפרד מהשב"ן.		
קופת חולים:	כללית	מאוחדת	לאומית	הגוף המבטח:
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב:			הגוף המבטח:
פוליסת סיעוד פרטית*	הגוף המבטח:			

\*בא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב ו/או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס)

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים / קבוצה ו/או קולקטיב / פוליסת סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא \_\_\_\_\_ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 ח' ו/או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

**הצהרת המבוטח: אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדריך לקונה ביטוח סיעודי כן לא**

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
-------	--------------------	-------------------

**אופן תשלום**

חודשי / רבע שנתי / חצי שנתי / שנתי

**פרטי גביה**

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	ת.ז.
------------------	-------------	---------------------	------

**אישור הסוכן**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ת בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסניגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

תאריך	חתימת הסוכן	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבוטח ראשי	חתימת מבוטח שני
-------	-------------	--------------------------------	------------------	-----------------