

טופס הצטרפות לביטוח הסיעודי

חותמים על טופס ההצטרפות ושולחים אותו באמצעות הפקס 03-5480580 או באמצעות הדואר לכבוד כללית מושלם ת.ד. 2265 בני ברק מיקוד 51122

שמות הלקוחות מספר פוליסה

הנני מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח הסיעודי על יסוד הפרטים שלהלן:
פרטי הלקוחות:

מס'	מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תשלום חודשי סיעודי
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

ביטוח סיעודי - ידוע לי כי:

1. התשלום החודשי יתעדכן בהתאם לעליית המדד.
2. ניתן להצטרף לביטוח הסיעודי על פי פוליסה קבוצתית באמצעות חברת הביטוח אשר תהיה לבדה אחראית למלוא ההתחייבות בגין ביטוח זה. הביטוח הסיעודי הקבוצתי הוא לתקופה של שלוש שנים ויתחדש מדי 3 שנים תוך התאמת תנאי הביטוח לאחר שיאושרו על ידי המפקח על הביטוח במשרד האוצר.
3. כדי להצטרף לביטוח הסיעודי יש לחתום במקום המיועד לכך.
4. ההצטרפות לביטוח הסיעודי מותנית בחיתום רפואי שיתבצע בחברת הביטוח באמצעות הצהרת הבריאות, ו/או מבדקים נוספים שיתבקשו ע"י חברת הביטוח.
5. הפוליסה תיכנס לתוקף ב-1 לחודש שלאחר קבלת בקשת הצטרפות זו ובתנאי שאושרה ע"י דקלה והפרמיה בגינה שולמה.
6. הנני/ו מאשר/ים את אמיתות הפרטים שציננתי/נו בהצהרת הבריאות עבורי/נו ועבור ילדי/נו, כאפוסטרופוסים טבעיים שלהם.

הצטרפות לביטוח הסיעודי

נא לחתום במקום המיועד לכך

1 בקשת הצטרפות לביטוח סיעודי

תאריך	חתימה	1. שם הלקוח/ה
תאריך	חתימה	2. שם הלקוח/ה



חשוב לזכור: הצטרפות לביטוח הסיעודי מותנית בחתימה על הצהרת בריאות, לבחינת זכאות של המבוטח לכיסוי סיעודי.

טבלת מחירים לביטוח סיעודי*

גיל העמית	עד 18	19-30	31-35	36-39	40-45	46-49	50-55	56-59	60-64	65-69	70-74	75-80	81-120
תשלום חודשי	-	1.50 ₪	9.00 ₪	10.95 ₪	11.50 ₪	14.00 ₪	35.00 ₪	43.00 ₪	62.00 ₪	73.00 ₪	105.00 ₪	108.00 ₪	109.00 ₪

* התשלום החודשי נכון ליולי 2010, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.6.2010, והינו צמוד למדד, בהתאם לפוליסה.

הצהרת בריאות לביטוח סיעודי

ההצטרפות לביטוח הסיעודי מותנית בחתימה על הצהרת בריאות, לבחינת זכאות של המבוטח לכיסוי סיעודי

פרט	תאריך גילוי המחלה	שם המבוטח/ת											
		ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		מבוטח ראשי		האם את/ה סובל/ת או סבלת (סמן ב-X)	
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
													מחלת לב
													אירוע מוחי, מחלות וגידולים במערכת העצבים, מחלה ניוונית של השרירים
													פיגור שכלי, שיתוק מוחין, אוטיזם
													מחלת ריאות כרונית
													מחלת כבד כרונית
													מחלת כליות כרונית
													מחלת נפש כרונית (כולל דיכאון)
													תשישות נפש
													סוכרת תלויה באינסולין ו/או פגיעה באיברי מטרה
													מחלת פרקים כרונית
													אוסטיאופורוזיס עם צפיפות עצם נמוכה מ-70%
													קטיעת גפה/ים או כל קטיעה מעל המרפק/ברך
													עיוורון, מחלת עיניים שפגעה בראייה
													מחלת הסרטן בחמש שנים האחרונות
													חולה או נשא איידס
													מחלות גריאטריות, ניווניות, אלצהיימר, דמנטיה, פרקינסון
													גושה, המופיליה, טלסמיה מייגור ומחלות אגירה אחרות
													מושתל איבר פנימי
													ניתוח או אשפוז מתוכננים
													הגשת בקשה לאחוזי נכות מביטוח לאומי/גמלת סיעוד/שר"מ
													הגבלה בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות (זקוק להאכלה והשקיה פיזית), לשלוט על הסוגרים, ללכת

- בקיומה של מחלה פעילה יש לצרף מסמכים רפואיים מפורטים.
- אני/החתום/ים מטה ואשר אותי/נו יש לבטח, מצהירים בזה שכל התשובות שניתנו בטופס ההצעה והצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי/נו דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי/נו כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובותיי/נו אינן נכונות ומלאות והעלמתי/נו דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו ודקלה חברה לביטוח תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח. הרשות בידי דקלה חברה לביטוח, באופן בלעדי, להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בלי שתהיה חייבת או להצדיק החלטתה. אהיה נכון לעבור בדיקה רפואית, מעבדתית, כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה כפי שיידרש. ידוע לי/נו כי תנאי הקבלה יהיו כפופים לתנאי החיתום שייערכו בחברה בהתאם להצהרה זו, וכל זאת בתנאי כי עד ליום בו החליטה דקלה חברה לביטוח על קבלת/תינתנו לביטוח לא חל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיי/נו ובעיסוקי/נו. אני/מסכים/ים כי תשובותינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוכסנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד. הצהרה זו ניתנת גם בשם ילדי עד גיל 18 הרשומים בהצעה לביטוח זה, וזאת כאפוטרופוסים טבעיים שלהם.

1) שם המבוטח _____ ת.ז. _____

משקל _____ גובה _____

תאריך _____ חתימה _____

2) שם המבוטח _____ ת.ז. _____

משקל _____ גובה _____

תאריך _____ חתימה _____

3) במידה וקיימים עוד מבוטחים בפוליסה, נא לציין משקל וגובה שלהם: ילד ראשון: משקל _____ גובה _____ ילד שני: משקל _____ גובה _____ ילד שלישי: משקל _____ גובה _____