



ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		מבוטח ראשי		חלק א': האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										5. כלי דם: <input type="checkbox"/> דליות בוורידים הרגליים <input type="checkbox"/> היצרות בעורקי הצוואר (קרוטיס) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT (פקקת/טרומבוזת) <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)
										6. חילוף חומרים: <input type="checkbox"/> בלוטת המגן (בלוטת התריס) <input type="checkbox"/> בלוטת הלימפה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> בלוטת הזיעה <input type="checkbox"/> בלוטת יתרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית חילוף חומרים אחרת
										7. דרכי נשימה: <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת בעבר עם החמלה מלאה <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחת <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אוויר (פנאומוטורקס) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית דרכי נשימה אחרת
										8. מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> אולקוס (כיב) קיבה/תסריון <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> רפלוקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות/דלקות לבלב <input type="checkbox"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס מרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מערכת העיכול אחרת?
										9. כבד: <input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) B,C,D <input type="checkbox"/> צהבת (היפטיטיס) A <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כבד אחרת
										10. בקע (הרניה): <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה ימנית <input type="checkbox"/> במפשעה שמאלית <input type="checkbox"/> בקע בצלקת ניתוחית <input type="checkbox"/> בקע בדופן הבטן
										11. כליות ודרכי השתן: <input type="checkbox"/> דלקות חוזרות אבנים בכליות או בדרכי שתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> מומים בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית כליות ודרכי השתן אחרת
										12. מפרקים ועצמות: <input type="checkbox"/> דלקת מפרקים(ארטריטיס) <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב/עמוד שדרה <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> ירכיים <input type="checkbox"/> כתפיים <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית מפרקים ועצמות אחרת
										13. עור ומין: <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות מין <input type="checkbox"/> עגבת (סיפיליס) <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית עור אחרת <input type="checkbox"/> מחלת מין אחרת
										14. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) - אם כן - האם המחלה או הגידול פעילים ו/או אובחנו ו/או טופלו בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
										15. לנשים: <input type="checkbox"/> ציסטות או גידול שפיר בשדיים <input type="checkbox"/> הגדלת חזה <input type="checkbox"/> שדיים פיברוציסטיים <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר ברחם <input type="checkbox"/> מיומות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> דימומים מהרחם <input type="checkbox"/> מחלות צוואר הרחם (cin) <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בשחלות <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר בחצוצרות <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> הריון מחוץ לרחם <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בנינוח קיסרי? <input type="checkbox"/> האם הנך הריון? <input type="checkbox"/> בעיה אחרת במערכת הגניקולוגית או בשדיים?
										16. לגברים: <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> וריקוצלה <input type="checkbox"/> הידרוצלה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית גברים אחרת
										17. מחלות נפשיות שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה: <input type="checkbox"/> דכאון <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> מחלת נפש אחרת
										18. אף אוזן גרון: <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> דלקות גרון חוזרות <input type="checkbox"/> יבלות במיתרי הקול <input type="checkbox"/> שקד שלישי <input type="checkbox"/> הגדלת קונכיית באף <input type="checkbox"/> נחירות <input type="checkbox"/> סטיית מחיצת אף <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה/חרשות <input type="checkbox"/> אקוסטיק נויורמה (גידול בתעלת השמע) <input type="checkbox"/> קרע בעור התוף <input type="checkbox"/> טינטון <input type="checkbox"/> מחלה/בעיית אף אוזן גרון אחרת
										19. האם אובחנת כסובל מאלרגיות

חלק ב': שאלות כלליות										
מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										20. האם הנך משתמש/ת או השתמשת בסמים? אם כן - <input type="checkbox"/> חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס <input type="checkbox"/> סם אחר
										21. האם הנך שותה/שתית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות ביום? <input type="checkbox"/>
										22. האם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה בשנתיים האחרונות, ועדיין לא נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, TC, IRM, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, קולפוסקופיה)
										23. אם עברת ניתוח ב-5 השנים האחרונות או שיעצו לך לעבור ניתוח/השתלה בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פירטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? גא לפרט.....
										24. האם אושפזת ב-3 שנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? גא לפרט.....
										25. האם נטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות ב-5 השנים האחרונות בגין מחלה/ תופעה/ בעיה שלא פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? גא לפרט.....

פרט (אופציונלי):

.....

.....

.....

For your information - the policy does not provide coverage for a pre-existing medical condition.  
 לתשומת לבך - הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מצב קיים.

ד אישור תנאי קבלה - סעיף זה אינו חובה, ניתן להשאירו ריק

אני מסכימה/מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:  
 לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור ב:.....

.....

.....

חתימת המועמדים לביטוח

תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה

ה הרחבות וכתבי שירות תמורת דמי ביטוח נוספים

הכיסוי	מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד/ה 1	ילד/ה 2	ילד/ה 3	תקופת הביטוח
נספח הטסה רפואית	<input type="checkbox"/>	כל התקופה				
נספח ביטוח תאונות אישיות כתוצאה מתאונה בישראל בלבד (מעל גיל 18)	<input type="checkbox"/>	כל התקופה				
נספח ביטוח חריג ספורט אתגרי	מ: _____ עד: _____					
כתב שירות רופא מלווה אישי	<input type="checkbox"/>	כל התקופה				
כתב שירות ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו	<input type="checkbox"/>	כל התקופה				



פרטי המועמד לביטוח		
שם פרטי	שם משפחה	מספר דרכון
פרטי המשלם		
שם בעל הכרטיס	מספר דרכון/ת.ז.	
מס' כרטיס	בתוקף עד	CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח		
מס' ימים	ימים	מס' ימים
91-180	1-90	1
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
מיקוד	יישוב	רחוב ומספר
כתובת אימייל	Email	טלפון
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p> <p>לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.</p>		
תאריך	שם בעל כרטיס האשראי	חתימת בעל כרטיס האשראי

