



הפניקס חברה לביטוח בע"מ, ע"י:

חידוש סוכנויות לביטוח בע"מ, רח' יהודה הלוי 95 תל אביב 65797

טל: 03 5608555 שלוחה 200, פקס: 03 5609815, www.hidush.com, info@hidush.com

שאלון הצעה לביטוח – תוספת כיסוי לעניין מחלת סרטן

חלק זה ימלא על ידי המבקש/ המבקשת:

שם המבקש/ת: _____ מס' ת.ז: _____ מס' דרכון: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____ דוא"ל: _____

טל: בבית: _____, פקס(ב): _____ טל' נייד: _____ טל עבודה: _____ פקס(ע) _____

טלפונים בחו"ל: _____, איש קשר בארץ בעת שהייה בחו"ל: _____, טל: _____

גיל המבקש/ת: _____ תאריך לידה: _____ מין: _____ סה"כ ימים בחו"ל: _____ יעדי הנסיעה: _____

תאריך הנסיעה לחו"ל(תחילת הביטוח המבוקש), החל מיום: _____ עד ליום: _____ (כולל).

מטרת הנסיעה: _____ קופת חולים: _____, רופא מטפל: _____ האם בוטחת באמצעותנו בעבר: _____? מתי? _____

האם הגשת תביעות הקשורות למחלתך למבטח כלשהו? _____ אם כן, פרט במכתב נפרד.

אני מצהיר/ה שאני חש/ה בטוב, שלא ידוע לי על החמרה של מחלתי, שלמיטב ידיעתי לא צפויה החמרה של המחלה בעת שהייתי בחו"ל ושמטרת נסיעתי הינה בילוי/עסקים/נופש בלבד ובשום אופן לא לצרכי טיפול ו/או אבחון ו/או ייעוץ בקשר עם מחלתי.

ידוע לי שהכיסוי הביטוחי יוענק לי (אם יוענק) מתבסס על העובדה שלא מתוכנן לי, בעת השהות בחו"ל, טיפול/ייעוץ רפואי. כמו כן, ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי שיוענק לי (אם יוענק) מתבסס, בין היתר, על האמור בטופס זה והוא בטל ומבוטל אם לאחר מועד ההצגה הנ"ל ולפני נסיעתי לחו"ל ישתנה מצבי לרעה או אם תחול החמרה במצבי. הנני מאשר/ת שפרטי והיקף הכיסוי הביטוחי הוסברו לי, כי קראתי את נוסח ההרחבה (תוספת כיסוי לעניין מחלת הסרטן) וכי ידוע לי שמדובר אך ורק בכיסוי לעזרה ראשונה /טיפול חירום (כולל טיסת חירום בחזרה לישראל) בגין שינוי פיתאומי לרעה במצב בריאותי ומחמת מחלת סרטן קיימת ו/או שהייתה קיימת.

חתימה: _____ מקום החתימה: _____ תאריך: _____

חלק זה ימלא על ידי הרופא המטפל:

1. מה האבחנה? (נא פרט אבר , סוג הסטולוגי , דרגת פיזור ומתי נתגלתה המחלה לראשונה)

2. האם המועמד לביטוח קיבל/מקבל, ב-3 חודשים לפני הנסיעה לחו"ל, טיפול אנטי-נאופלסטי?, אם כן מתי ואיזה?

3. האם מתוכנן או נקבע מועד כלשהו לטיפול רפואי עתידי (לפני הנסיעה או לאחריה) , אם כן איזה ומתי?

4. האם המועמד לביטוח אושפז בשנה האחרונה? אם כן , מתי ומדוע?

5. כיצד את/ה מגדיר/ה את מצב המחלה של המועמד? (בעת נסיעתו לחו"ל)? (אנא בחר/י אחת מהאפשרויות הבאות)

א. אין עדות למחלה פעילה.

ב. אין סימני מחלה –יש טיפול אנטינאופלסטי.

ג. קיימים סימני מחלה פעילה – טיפול הורמונלי –כימי אנטינאופלסטי.

ד. סימני מחלה פעילה ללא טיפול אנטינאופלסטי אלא ע"י טיפול תומך בלבד.

6. רמת התפקוד היום יומי והיכולת לעמוד בנסיעה לחו"ל שלא לצרכים רפואיים (יש לפרט)

אני מצהיר כי אני הרופא המטפל במבקש/ת, כי אני מכיר את פרטי המחלה ולמיטב הכרתי והבנתי המבקש/ת יכול/ה לעמוד בנסיעה לחו"ל.

שם: _____, טלפונים: _____ חתימה: _____ תאריך: _____