



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: _____ דוא"ל: _____

טל': _____ טל' נייד: _____ פקס: _____

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

תאריך לידה: _____ גיל: _____ מין: _____ יעדי הנסיעה: _____ מטרת הנסיעה: _____

תאריך הנסיעה לחו"ל, החל מיום: _____ עד ליום: _____ (תאריך הנחיתה בארץ).

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

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

האם הנך סובלת/ממצב רפואי קיים או נוטל/ת תרופות דרך קבע **בנוסף** למחלה האונקולוגית? _____ האם אושפזת או ביקרת בחדר מיון או עברת ניתוח במהלך 3 החודשים האחרונים? _____ במידה שכן, יש לצרף סיכום מצב רפואי עדכני מהרופא המטפל או מקופ"ח.

אני מצהירה 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 ההצהרה 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 פתאומי 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: _____