



## הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל - PassportCard™ - כיסוי מיוחד לחולים במחלות קשות

במסגרת בקשתך להצטרף לביטוח נסיעות לחו"ל PassportCard™ - הכרטיס המגנטי לביטוח נסיעות, הינך מתבקש/ת למלא את הפרטים להלן.

נא וודא/י כי הרופא המטפל ממלא את הפרטים הנדרשים בסעיף 3 להלן וחותם בהתאם.

### 1. פרטים אישיים של המועמד/ת לביטוח

שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>
מס' ת.ז.	<input type="text"/>	מס' דרכון	<input type="text"/>
כתובת	<input type="text"/>		
מס' טלפון סלולרי	<input type="text"/>	אחר	<input type="text"/>
כתובת דואר אלקטרוני	<input type="text"/>		
תאריך לידה	<input type="text"/>	שנה	<input type="text"/>
מין	<input type="text"/>	ז/נ	<input type="text"/>
שם קופת החולים בה הינך חבר/ה	<input type="text"/>		
האם קיימים ביטוחי נסיעות לחו"ל נוספים?	<input type="text"/>		

### 2. פרטי הנסיעה

יעד/י הנסיעה לחו"ל	<input type="text"/>		
תאריך יציאה	<input type="text"/>	שנה	<input type="text"/>
תאריך חזרה	<input type="text"/>	שנה	<input type="text"/>
מטרת הנסיעה : טיול / עסקים / אחר	<input type="text"/>		
שם המועמד	<input type="text"/>		
חתימה	<input type="text"/>		
תאריך	<input type="text"/>	שנה	<input type="text"/>

**Passport Card™**  
הכרטיס המגנטי לביטוח נסיעות

24/7 \*9912  
מכל טלפון בישראל

שירותי PassportCard™ ניתנים על-ידי:

**DavidShield™**  
הביטוח הרפואי הטוב בעולם לישראלים בחו"ל

**הפניקס**  
כיסוי חשדן, זר חשוד, זר



### 3. שאלון רפואי (חלק זה ימולא ע"י הרופא/ה המטפל/ת)

<input type="text"/>	שם המועמד/ת לביטוח
<input type="text"/>	מספר ת.ז.
<input type="text"/>	גיל המבוטח/ת

### נא סמן במשבצת המתאימה את סוגי המחלה/ות בהן אובחן המבוטח ופרט בהמשך בהתאמה

<input type="text"/>	• גידולים ממאירים מכל סוג (נא ציין/י את סוגי הגידול ומיקומם)
	• אי ספיקת כליות כרונית תלוית דיאליזה
	• סיסטיק פיברוזיס (CF)
	• ניוון שרירים מתקדם (ALS)
	• אנמיה אפלסטית
<input type="text"/>	• מושתל איבר/ים. נא ציין/י את סוג האיבר ותאריך ההשתלה
	• מחלת ריאת כרונית תלוית אספקת חמצן חיצונית
	• מחלת האיידס / HIV.
	• טרשת נפוצה (MS)
	• לחץ דם ריאטי
	• אי ספיקת כבד / שחמת כבד
	• המופיליה
	• נכות מעל 80% (תיפקודית או נפשית)
<input type="text"/>	• אחר

### נא מלא את הפרטים הנדרשים להלן בכתב יד ברור וקריא. במידת הצורך, ניתן לצרף תעודות רפואיות רלוונטיות.

1. תאריך גילוי המחלה/ות	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	שנה	חודש	יום
2. תאריך טיפול המעקב האחרון שניתן או בוצע בהתאמה	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	שנה	חודש	יום
3. האם המחלה פעילה או קיימת אינדיקציה למחלה פעילה	<input type="text"/>		
4. נא פרטי את הטיפול שניתן בגין המחלה/ות, לרבות טיפולים לא קונבנציונליים ככל הידוע לך	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		



5. האם המועמד נוטל תרופות באופן קבוע או נזקק לאביזר רפואי כלשהוא? (נא ציין/י את סוגי התרופות ו/או את האביזר

הרפואי בהתאמה)

6. האם המועמד לביטוח עתיד לעבור טיפול רפואי מכל סוג ומין לפני נסיעתו לחו"ל או לאחר חזרתו? (אם כן, נא ציין/י את

סוג הטיפול המתוכנן)

7. האם המועמד אושפז או עבר הליך פולשני במהלך ששת החודשים האחרונים ? (אם כן, נא לפרט את סיבת האשפוז/

הניתוח, מסי' ימי אשפוז, פרוצדורות רפואיות שבוצעו במהלך האשפוז)

8. האם לדעתך קיימת מניעה לנסיעתו של המועמד לביטוח לחו"ל? במידה וקיימת מניעה חלקית (נסיעות קצרות בלבד,

טיסות קצרות בלבד וכיו"ב) נא ציין/י במפורש את ההגבלות הרפואיות ביחס לנסיעה המתוכננת

9. למיטב ידיעתך - האם מטרת הנסיעה לחו"ל הינה לצורך טיפול ו/או ייעוץ ו/או אבחון רפואי?

יום

חודש

שנה

שם מלא

תאריך

חתימה וחותמת הרופא