

הצעה לביטוח בריאות כולל גנטיקס* וכתב שירות תזונה בהתאמה אישית

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

* גנטיקס - רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה

	34569		
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח
מס' ההצעה			

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי המועמדים לביטוח:

שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	עיסוק / תחביבים מסוכנים
מבוטח ראשי/ בעל הפוליסה				נ / ז			
מבוטח שני				נ / ז			
ילד 1				נ / ז			
ילד 2				נ / ז			
ילד 3				נ / ז			

ישוב	מיקוד	רחוב	בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
------	-------	------	-----	-----------	----------------	--------

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן לא כן

תוכניות בריאות - תאריך המבוקש לתחילת הביטוח: | | 01

הפניקס בריאות חובה	הפניקס בריאות טובה	הפניקס בריאות שלמה	הפניקס בריאות כסף	הפניקס קו מהיר
כולל גנטיקס וכתב שירות תזונה בהתאמה אישית 1723 - השתללות וטיפולים בחו"ל 1744 - סל הזהב 1719 - ניתוחים בחו"ל 1597 - ביטול סייג ת.ע. 5209 - גנטיקס 5210 - כתב שירות תזונה בהתאמה אישית	1723 - השתללות וטיפולים בחו"ל 1744 - סל הזהב 1597 - ביטול סייג ת.ע. 5209 - גנטיקס 5210 - כתב שירות תזונה בהתאמה אישית	2017 - ניתוחים משלים שב"ן+ברות ביטוח+טיפולים מחליפי ניתוח+ביטול סייג ת.ע. 2015 - השתללות וטיפולים מיוחדים בחו"ל 2014 - סל הזהב 2016 - ניתוחים בחו"ל 327 - עשר פלוס 5209 - גנטיקס 5210 - כתב שירות תזונה בהתאמה אישית	2018 - ניתוחים מהשקל הראשון- קו הכסף 1744 - סל הזהב 1722 - השתללות וטיפולים בחו"ל 324 - ניתוחים בחו"ל 980 - מחליפי ניתוח 327 - עשר פלוס 1597 - ביטול סייג ת.ע. 5209 - גנטיקס 5210 - כתב שירות תזונה בהתאמה אישית	1725 - קו מהיר פיצוי 566 - הרחבת הקו המהיר (שפוי) 1716 - השתללות וטיפולים בחו"ל 1744 - סל הזהב 1732 - ניתוחים בחו"ל 1597 - ביטול סייג ת.ע. 1740 - מחליפי ניתוח 5209 - גנטיקס 5210 - כתב שירות תזונה בהתאמה אישית
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* תזונה בהתאמה אישית ללא דמי ביטוח. ההצטרפות לכתב השירות הינה למועמדים מגיל 18 ומעלה בלבד. הנחיות למחלקת שרות בלבד

- ברכישת פוליסת בריאות כסף לילדים עצמאית קוד הביטוח היסודי הינו 2021 (במקום 2018).
- ברכישת פוליסת בריאות כסף לגילאי 66+ קוד הביטוח היסודי הינו 1730 (במקום 2018).
- ברכישת פוליסת קו מהיר לילדים עצמאית קוד הביטוח: 2725+2566+2716+2732+2740+2744

כיסויים נוספים לרכישה

כתב שירות אבחנה מהירה	כתב שירות רפוא אישי	כתב שירות "לא לבד"	אמבולטורי וטכנולוגיות מתקדמות	מחלקה* ראשונה	הפניקס אלטרנטיבה	כתב שירות רפואה משלימה	כתב שירות סל שירותים	שירות פסיכולוגי מיתר	ביקור רפוא	בראות כמו גדול	הספורט**	בריאות ושלם	מרבא ארד 603/539	מרבא פלטינה 606/542	מרבא לטרטן 1831/1832/2013	סכום ביטוח
2986	2987	2004	986	2002	2332	342	1008	331	287	329	185	1718				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* מרבא עם הפניקס בריאות כסף / קו מהיר מורחב
 ** לילדים מרבא פלטינה/ ארד = מרבא ילדים 834
 - מרבא: מס' סכום ביטוח 500,000 ש"ח, לילד 250,000 ש"ח

* מרבא עם בריאות שלמה וכסף **

ראשי		שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		שאלון הצהרת בריאות - מבוטח
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
מבוטח/ת ראשי/ת גובה _____ משקל _____ מבוטח/ת שני/ה גובה _____ משקל _____										
ילד 1 גובה/משקל _____ ילד 2 גובה/משקל _____ ילד 3 גובה/משקל _____										
1. האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטל/ת תרופות?										
2. האם אושפדת 5 השנים האחרונות? האם יש נכות?										
3. האם היית בתהליך של איבחון מחלה, בעייה רפואית או ליקוי רפואי בשלוש השנים האחרונות?										
4. האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות כלשהן לאבחון בעיה רפואית? CT? MRI?										
5. האם עברת ניתוח או הומלץ על ניתוח בעתיד?										
6. האם הנך מעשן/ת או צורך משקאות חריפים? צריכת סמים?										
7. האם חלית או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או האירועים הבאים:										
7.1 מחלות לב וכלי דם, התקף לב, לחץ דם גבוה,										
7.2 מחלות נוירולוגיות, אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA), אפילפסיה. כאבי ראש כרוניים, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה.										
7.3 סכרת, הפרעות במערכת העיכול, בעיות כבד ולבלב, הפרעה בחילוף חומרים, עודף שומנים בדם, צהבת, גאוסט.										
7.4 מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אוזניים, הפרעות שמיעה										
7.5 מחלות השלד והמפרקים, ליקויים בעמוד השדרה, כאבי גב, אוסטיאופורוזיס.										
7.6 מחלות ריאה, אסטמה, מחלות דרכי הנשימה.										
7.7 מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה										
7.8 גידולים שפירים, גידול ממאיר, מחלה ממארת.										
7.9 מחלות עור										
7.10 מחלות אוטואימוניות, FMF.										
8. האם היו במשפחתך קרובים מדרגה ראשונה (הורים, אחים/ות, ילדים) שחלו באחת המחלות הבאות: סרטן/מחלה ממארת, מחלות כלייה, מחלות מעי גס, FMF, מחלות לב וכלי דם, שבץ מוחי, דום לב, גושה, סוכרת, עודף משקל קיצוני, בעיות בקרישת הדם?										
9. האם היו במשפחתך קרובים מדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים דודות, בני דודים/ות) שחלו בסרטן, מחלה ממארת?										

בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת השאלות נא למסור פרטים מלאים בהמשך או על דף נפרד (כולל דרגת קרבה וסוג המחלה או הסרטן בשאלה 9):

← ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

← הצהרות

אני המועמד/ת לביטוח, מבקש/ת בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: החברה) לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה זו וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בחברה, וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. 4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שכתב השירות נכנס לתוקפו רק לאחר החברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לכתב שירות ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה זו והנני חותם/ת על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת. 6. כי עצם ההצעה ו/או הביטוח איננו מהווה בקשה מצד החברה ממבוטחיה לעבור בדיקות גנטיות ו/או בקשה לקבל תוצאות של בדיקות גנטיות בהתאם למגבלות הקבועות בחוק מידע גנטי, התשס"א-2000 וכי השימוש בכיסוי ביטוחי זה, לרבות ביצוע הבדיקות הגנטיות, הנו עניין הנתון לבחירתו ורצונו של המבוטח בלבד. 7. תשובתי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשס"א - 1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. החברה לא תעשה שימוש במידע גנטי מזהה שהתקבל במסגרת הביטוח כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיסוי הביטוחי של מבוטחיה, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח, או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כלשהי, והכל בהתאם להוראות חוק מידע גנטי. 8. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבוטח ראשי	חתימת מבוטח שני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבטוח ראשי	חתימת מבטוח שני

משלים שב"ן - גילוי נאות

א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטוח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטוח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטוח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). ד. למבטוחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטוח לפנות למבטוח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

הצהרת המבטוח למשלים שב"ן

אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.
 אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבטוח ראשי	חתימת מבטוח שני

פרטי גביה

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מס' זהות
אופן התשלום (סמן ב-✓) <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת בעל הכרטיס	

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטוח

על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטוח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבטוח ראשי	חתימת מבטוח משני

החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/תאונות אישיות בתוקף? כן לא
אם כן: האם הפוליסות לביטוח בריאות/תאונות אישיות לרבות ריידרים שבתוקף:
(א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת? כן לא
(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו,
האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? כן לא
אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה ולהחתימך,

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת מבטוח ראשי/המצהיר	חתימת בן הזוג	חתימת ילד מעל 18	

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם

<input checked="" type="checkbox"/>		
תאריך	חתימת הסוכן	