

טופס הצעה לרכישת "גנטיקס" - רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה" וכתב שירות "תזונה בהתאמה אישית" (במכירה טלפונית חובה בהקלטה) קוד סריקה: 100

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' הצעה	מס' עסקה
		34569				
פרטי השיחה	תאריך שיחה	שעת שיחה	מספר הטלפון בו שוחחתי עם המבוטח/ת הראשי 1	מספר הטלפון בו שוחחתי עם המבוטח/ת הראשי 2		

המבוטחים שפרטיהם מופיעים מטה מבקשים בזאת באמצעות סוכן הביטוח/ נציג מכירות מוקד הפניקס שפרטיו מופיעים בהצעה, מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") להצטרף כמבוטחים לתוכנית הביטוח כמפורט להלן:

שם המבוטח/ת	ת.ז.	מין	תאריך לידה	קופ"ח	מצב משפחתי	עיסוק/ תחביבים מסוכנים	פרטי המועמדים לביטוח	
							גנטיקס (5209) דמי ביטוח משתנים לפי גיל	תזונה בהתאמה אישית (5210) ללא דמי ביטוח ההצטרפות לכתב השירות הינה למועמדים בני 18 ומעלה בלבד
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

← תאריך המבוקש לתחילת הביטוח: ____ / ____ / ____

כתובת (רחוב)	מס בית	מס דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני
הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.						

* קוד ביטוח יסודי בפוליסה עצמאית 1194
 * השירותים ע"י כתב השירות "תזונה בהתאמה אישית" יינתנו ע"י ספק השירות כמפורט בכתב השירות.

שאלון הצהרת בריאות		מבוטח		ראשי	משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1	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?							
2	האם היו במשפחתך קרובים מדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים דודות, בני דודים/ות) שחלו בסרטן, מחלה ממארת?							
3	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטל/ת תרופות?							
4	האם היית בשלוש השנים האחרונות, או נמצא כעת, בתהליך של איבחון מחלה, בעייה רפואית או ליקוי רפואי?							
5	האם חלית או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או האירועים הבאים:							
5.1	מחלות לב וכלי דם, התקף לב, לחץ דם גבוה, דום לב, הפרעות קצב, בעיות קרישת דם							
5.2	מחלות נירולוגיות, אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA), אפילפסיה. כאבי ראש כרוניים, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה.							
5.3	סכרת, הפרעות במערכת העיכול, בעיות כבד ולבלב, הפרעה בחילוף חומרים, עודף שומנים בדם, גאוס. גושה.							
5.4	מחלות עיניים,							
5.5	אוסטיאופורוזיס.							
5.6	מחלות ריאה, אסטמה,							
5.7	מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה							
5.8	גידולים שפירים, סרטן, גידול ממאיר, מחלה ממארת,							
5.9	מחלות אוטואימוניות, FMF.							

בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת השאלות נא למסור פרטים מלאים בהמשך או על דף נפרד (כולל דרגת קרבה וסוג המחלה או הסרטן בשאלה 2):

הצהרות - כפי שהוקראו למבוטח/ת הראשית ולמבוטח המשני בטלפון או הוצגו בפניהם.

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 התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. החברה לא תעשה שימוש במידע גנטי מזוהה 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.

שאלות לזיהוי המבוטחים:

מבוטח/ת ראשית: מה שם ישוב לידתך? _____ מה השם הפרטי של סבך מצד אמך? _____
 מבוטח/ת שני: מה שם ישוב לידתך? _____ מה השם הפרטי של סבך מצד אמך? _____

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,

ההקלטה התבצעה (סמן את התשובה המתאימה):

1. על ידי מערכת הקלטה במשרדי הפניקס ב- _____ מס' הטלפון שממנו התקשרתי: _____
 2. על מערכת של הפניקס במשרד הסוכן בטלפון מס' _____
 3. מערכת הקלטה מאושרת במשרדי הסוכן.

ויתור על סודיות רפואית

אני/אנו מתחייבים/ות בעת הגשת תביעה או לצורך כל בירור של החברה בעניין מידע רפואי לחתום על טופס ויתור סודיות רפואית לקבלת מלוא המידע הרפואי אודותי הנדרש לצורך בירור התביעה מכל מוסד רפואי ו/או צד ג' המחזיק במידע רפואי כאמור.

פרטי הגבייה

פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר: _____

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			
יום גבייה: <input type="radio"/> 01 בחודש <input type="radio"/> 10 בחודש			
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת בעל הכרטיס	

אישור הסוכן/ נציג מכירות הפניקס

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל / נציג המכירות של הפניקס מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שוחחתי טלפונית עם המבוטח/ים בתאריך _____ בשעה _____ והסברתי לו/הם את מהות הכיסויים והם ביקשו להוסיף אותם לפוליסה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לכתב שירות. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח, סייגיה ואת העלות הנוספת ואשרו את ההצהרות לעיל.

גראס מודפסת 07/05/2013	תאריך	חתימת הסוכן/ נציג מוקד הפניקס	חתימת מבוטח ראשי בשמו ובשם ילדים מתחת גיל 18	חתימת מבוטח משני
------------------------	-------	-------------------------------	--	------------------