

סופס הצטרפות לחבילת ילדים – "פניקס הדור הבא"

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:

| | | | | |
|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| שם הסוכן | מס' הסוכן | שם המפקח | מס' המפקח | מס' ההצעה |
|----------|-----------|----------|-----------|-----------|

| פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | | |
|----------------------|---------|------------|------|-----|------------|------------|-----------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | קופת חולים | ת.ז. | מין | תאריך לידה | מצב משפחתי | עיסוק/תחביבים מסוכנים |
| בעל הפוליסה | | | | | נ / ז | | |
| ילד/ה 1 | | | | | נ / ז | | |
| ילד/ה 2 | | | | | נ / ז | | |
| ילד/ה 3 | | | | | נ / ז | | |
| ילד/ה 4 | | | | | נ / ז | | |

| | | | | | | |
|---|-------|------|-----|-----------|----------------|---------------|
| ישוב | מיקוד | רחוב | בית | מס' טלפון | מס' טלפון נייד | דואר אלקטרוני |
| הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע ששועבר 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: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>תוכניות בריאות</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> חבילת הפניקס הדור הבא</p> <p>הפניקס בריאות כסף לילדים + גנטיקס - רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה+פרק ב' טכנולוגיות מתקדמות וטיפולים אמבולטוריים+ בריאות כמו גדול</p> <p>2021+1722+1744+324+980+327+5209+329+986</p> <p>הנחיות תפעול: קוד הנחה 50028 + קוד הרחבה 981 עבור כיוסי 980</p> | | <p>תאריך המבוקש לתחילת הביטוח: ____ / ____ / 01</p> <p><input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4</p> |
|---|--|---|

| פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|------------|------|-----|------------|------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | קופת חולים | ת.ז. | מין | תאריך לידה | מצב משפחתי | עיסוק/תחביבים מסוכנים | כתב שירות אבהנה מהירה 2986 | כתב שירות רפואה אישי 2987 | כתב שירות "לא לבד" 2004 | קו הספורט 185 | מחלקה ראשונה 2002 | הפניקס אלטרנטיבה 2332 | כתב שירותים 1008 | כתב שירות רפואה משלימה 342 | שירות פסיכולוגי מיתר 331 | בריאות ושלם 1718 | מרפא ילדים 834 | מרפא סרטן 2013 | |
| ילד/ה 1 | | | | | | | | <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"/> |
| ילד/ה 2 | | | | | | | | <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"/> |
| ילד/ה 3 | | | | | | | | <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"/> |
| ילד/ה 4 | | | | | | | | <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"/> |

מרפא: מקסימום סכום ביטוח לילד 250,000 ש"ח

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותנת/נן 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 אחרים 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 שתדרש 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל

| הצהרות | | |
|--|--|--|
| <p>אני/אנו המועמדים לביטוח, מבקשים/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי:</p> <p>1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.</p> <p>2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.</p> <p>4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.</p> <p>5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפטרופוס/ית טבעית.</p> <p>6. כי עצם ההצעה ו/או הביטוח איננו מהווה בקשה מצד החברה ממוטחיה לעבור בדיקות גנטיות ו/או בקשה לקבל תוצאות של בדיקות גנטיות בהתאם למגבלות הקבועות בחוק מידע גנטי, התשס"א - 2000 וכי השימוש בכיוסי ביטוחי זה, לרבות ביצוע הבדיקות הגנטיות, הנו עניין הנתון לבחירתו ורצונו של המבוטח בלבד.</p> <p>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 מזהה שהתקבל במסגרת הביטוח כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיוסי הביטוחי של מבוטחיה, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כלשהי, והכל בהתאם להוראות חוק מידע גנטי.</p> <p>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.</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת מבוטח ראשי</p> |
| תאריך | | |

| שם בעל הפוליסה: | | | | הצהרת בריאות |
|---|---|---|---|--|
| משקל _____ ילד 4 גובה _____ משקל _____ ילד 3 גובה _____ משקל _____ ילד 2 גובה _____ משקל _____ ילד 1 גובה _____ | | | | |
| ילד 4 | ילד 3 | ילד 2 | ילד 1 | |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 1 האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? אם כן - מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 2 האם הינך נמצאת/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות? אם כן - אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 3 האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 4 האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם, גאוס (שיגדון), יתר לחץ דם סוכרת ? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 5 האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת - גידול סרטני, מחלות ריאה, אסטמה, עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות (למרכיבי משקפיים לציון דיאופטריה), מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, טרשת נפוצה, הפרעות נפשיות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים (ארטריטיס), מחלות עור, בעיות שרירים? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | אם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיא ופטריה: ימין _____ שמאל _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 6 האם הינך סובלת/ת ממחלות האיידס ו/או נשאת האיידס? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 7 האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, ציטוטור, MRI, CT, אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים? אם כן ציין: סוג הבדיקה: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 8 האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט: _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | האם אתה מעשן או עישנת בעבר? אם כן - ציין מספר סגריות ליום _____ משך עישון בשנים _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | האם הינך משתמש או השתמשת בסמים? האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין כמות _____ כוסיות _____ ליום _____ שבוע _____ |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 9 האם היו במשפחתך קרובים מדרגה ראשונה (הורים, אחים/ות, ילדים) שחלו באחת המחלות הבאות: סרטן/מחלה ממארת, מחלות כליה, מחלות מעי הגס, FMF, מחלות לב וכלי דם, שבץ מוחי, דום לב, גושה, סוכרת, עודף משקל קיצוני, בעיות בקרישת הדם? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 10 האם היו במשפחתך קרובים בדרגה 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)

| אישור תנאי קבלה מיוחדים | | | |
|---|-------------------------------------|-------|--|
| הנני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוח עם תוספת רפואית בגין מצב בריאותי הלקוי המתואר בהצהרת הבריאות לעיל, ובתנאי שתוספת הפרמיה לא תעלה על 50% משיעור הפרמיה ו/או תקבע מגבלה לכיסוי ביטוחי בגין מחלות ו/או ניתוחים. ידוע לי כי הוצאת הביטוח עם תוספת רפואית ו/או מגבלה לכיסוי ביטוחי כאמור כפופה לאישור מפורש בכתב של המבטח. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| חתימת מבטח ראשי | חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה | תאריך | |

| פרטי גביה | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------|------|
| פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר: | | | |
| | | | |
| מס' כרטיס האשראי | תוקף הכרטיס | שם בעל כרטיס האשראי | ת.ז. |
| אופן התשלום: <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"/> | | |
| חתימת הפורש/ת | חתימת בן/בת הזוג | תאריך | |

| החלפה/שינוי | |
|--|--|
| <p>האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/תאונות אישיות בתוקף? 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? (ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה ולהחתימך,</p> | <p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p> <p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p> <p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| חתימת המועמד לביטוח | חתימת בעל הפוליסה |

| מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המבוטח | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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.</p> | | | | | | | | | | | |
| אישור הסוכן או נציג מכירות הפניקס | | | | | | | | | | | |
| <p>אני הח"מ _____ ת.ז. _____ סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם</p> | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| חתימת הסוכן/ נציג המכירות | תאריך | | | | | | | | | | |