

טופס הצטרפות טלפונית לחבילת ילדים - פניקס הדור הבא (חובה בהקלטה)

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
תאריך שיחה	שעת שיחה	מספר הטלפון שאליז בוצעה השיחה עם המבוטח	שם נציג מכירות הפניקס	

המבוטחים שפרטיהם מופיעים מטה מבקשים בזאת באמצעות סוכן הביטוח או נציג המכירות של הפניקס שפרטיו מופיעים בתחתית ההצעה, מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית ביטוח בריאות באמצעות הטלפון כמפורט להלן:

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

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 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.						
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						

תוכניות בריאות	
<input checked="" type="radio"/>	חבילת הפניקס הדור הבא
הפניקס בריאות כסף לילדים + גנטיקס - רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה+פרק ב' טכנולוגיות מתקדמות וטיפולים אמבולטוריים+ בריאות כמו גדול	
2021+1722+1744+324+980+327+5209+329+986	
הנחיות תפעול: קוד הנחה 50028 + קוד הרחבה 981 עבור כיוסי 980	

פרטי המועמדים לביטוח												
שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	ת.ז.	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	עיסוק/תחביבים מסוכנים	מחלקה ראשונה	קו הספורט	כתב שירות "לא לבד"	כתב רופא אישי	כתב אבחנה מהירה
834	מרפא ילדים	1718	בריא ושלם	331	פסכולוגי שירות	342	כתב שירות רפואה משלימה	1008	1008	1008	1008	1008
2013	מרפא סרטן	287	ביקור רופא	2332	הפניקס אלטרנטיבה	2002	מחלקה ראשונה	185	קו הספורט	2004	2987	2986
ילד/ה 1												
ילד/ה 2												
ילד/ה 3												
ילד/ה 4												

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

יתור על סודיות רפואית - כפי שהוקראו למבוטחים בטלפון	
<input type="radio"/>	אני/אנו מתחייבים/ות בעת הגשת תביעה או לצורך כל בירור של החברה בעניין מידע רפואי לחתום על טופס ויתור על סודיות רפואית.

הצהרות - כפי שהוקראו למבוטחים בטלפון	
<input type="radio"/>	אני/אנו המועמדים לביטוח, מבקשים/ים בזאת מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזאת כי:
<input type="radio"/>	1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהיו 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 שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאוטורפוסי/ית טבעי/ת. 6. כי עצם ההצעה ו/או הביטוח איננו מהווה בקשה מצד החברה ממבוטחי 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 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 להודיעם 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 מבוטחי, 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 בעת 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 ראשי/ית: מה שם ישוב לידתך?	מה השם הפרטי של סבך מצד אמך?
מבוטח/ת שני/ה: מה שם ישוב לידתך?	מה השם הפרטי של סבך מצד אמך?
ההקלטה התבצעה (סמן את התשובה המתאימה):	
<input type="radio"/>	1. על ידי מערכת הקלטה במשרדי הפניקס ב-
<input type="radio"/>	2. על מערכת של הפניקס במשרד הסוכן בטלפון מס' _____
<input type="radio"/>	3. מערכת הקלטה מאושרת במשרדי הסוכן.

שם בעל הפוליסה:					הצהרת בריאות - כפי שהוקרא למבוטחים בטלפון							
משקל		ילד 4 גובה		משקל		ילד 3 גובה		משקל		ילד 2 גובה		
4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	משקל	ילד 3 גובה	משקל	ילד 2 גובה	משקל	ילד 2 גובה	משקל	ילד 1 גובה	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	1 האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? אם כן - מתי? משך האשפוז? סיבת האשפוז?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	2 האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות? אם כן - אבחנה? תרופה? מינון?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	3 האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	4 האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, נא פרט: א. אחוז הנכות % ב. סוג הנכות: זמנית / קבועה / טרם נקבעה נכות
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	5 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, עורף שומנים בדם, גאוס (שיגדון), יתר לחץ דם סוכרת?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	6 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 לציין 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, אוסטיואופורוזיס, מחלות פרקים (ארטריטיס), מחלות עור, בעיות שרירים?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	7 האם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריה: ימין _____ שמאל _____
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	8 האם הינך סובלת/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס? האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, ציטואוד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים? אם כן ציין: סוג הבדיקה: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____ האם הבדיקה תקינה?
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	9 האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט: _____ האם אתה מעשן או עישנת בעבר? אם כן - ציין מספר סגריות ליום _____ משך עישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) האם הינך משתמש או השתמשת בסמים? האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין כמות _____ כוסיות _____ ליום _____ שבוע _____
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	10 האם היו במשפחתך קרובים בדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים זדודות, בני דודים/ות) שחלו בסרטן, מחלה ממארת? האם היו במשפחתך קרובים בדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים זדודות, 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.

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			

החלפה/שינוי
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, יתניימו בכל דרך אחרת? לא כן
(ב) חלק 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,

חתימת מבוטח ראשי/המצהיר <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת ילד מעל 18 <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המבוטח
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.

אישור הסוכן או נציג מכירות הפניקס
אני הח"מ _____ ת.ז. _____ סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל /נציג מכירות במוקד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (מחק את המימון), מאשר/ת ומצהיר/ת בזאת כי שוחחתי טלפונית עם המבוטח/ים, הסברתי לו/הם את מהות הכיסוי והם ביקשו להוסיף אותו לפוליסה.
אני מצהיר/ת ומאשר/ת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

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