



חבילת "קו כסף"

מהו הצורך הביטוחי המכוסה?

סל הבריאות הממלכתי אינו נותן מענה מלא ומקיף במקרה של מחלה וצורך בשירותים מיוחדים ומורכבים, דוגמת ניתוח בארץ או בחו"ל, אשר מעבר למורכבותם עולה הצורך במימון כספי גבוה, זמינות גבוהה ובחירה ממגון חלופות מקסימאלי.

מהם הפתרונות בביטוח זה?

ביטוח בריאות מאפשר למבוטח לבחון את כל החלופות העומדות בפניו על מנת שיוכל לבחור את הטיפול האופטימאלי עבורו ואף לקבל מימון מהשקל הראשון עבור ביצוע הטיפול באופן פרטי. זוהי החבילה הרחבה והמקיפה מבין חבילות ביטוח הבריאות. חבילת "קו הכסף" מציעה:

ניתוחים בבית חולים פרטי בישראל, תשלום עבור:

- בחירת הרופא המנתח, בית החולים ומועד הניתוח ע"י המבוטח.
- חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- התייעצות אחת לפני הניתוח ואחת אחרי הניתוח עם מנתח ההסכם שביצע בפועל את הניתוח.
- שתלים ותותבות עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- כריתת שד, שחלה, מעי או חלקו לצורך מניעה.

בנוסף:

- החזר עבור הוצאות ניתוח קוסמטי ואסטטי עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- שירותי פיזיותרפיה ואחות פרטית במהלך האשפוז, ולאחר הניתוח עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- כיסוי הוצאות נלוות לאשפוז בחדר פרטי בבית חולים פרטי עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח כנקוב בתנאי הפוליסה.
- החזר הוצאות עבור ריפוי בעיסוק לאחר ניתוח עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- מענק חד פעמי בגין הדבקה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס או צהבת מסוג הפטיטיס B.
- ימי החלמה לאחר ניתוח גדול עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- עקירת שן כירורגית, ניתוח חניכיים, שירותי חירום ועזרה ראשונה לשיכור כאב שיניים עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- הכיסוי לניתוח בארץ בבית חולים וע"י רופא שבהסכם עם הפניקס - מלא.
- לניתוח בבית חולים וע"י רופא שאינו בהסכם עם הפניקס - ע"פ הסכום המרבי המקביל לעלות ביצוע הניתוח בבית חולים ועל ידי רופא שבהסדר.

ניתוחים פרטיים בחו"ל - כיסוי הוצאות עבור:

- הניתוח, שכר מנתח ומרדים והוצאות בית החולים בחו"ל.
- שירותי אחות פרטית בעת האשפוז.
- הבאת מנתח מחו"ל אם לא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- הטסה רפואית והעברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- שהייה לתקופה מרבית של 30 יום ועד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- הטסת גופה ופיצוי חד פעמי במקרה מוות עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול אם משך האשפוז בחו"ל לצורך הניתוח מעל 10 ימים רצופים.
- המשך טיפולים בישראל אם משך האשפוז בחו"ל לצורך הניתוח מעל 10 ימים רצופים (עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה).
- עד 3 חודשים לאחר הניתוח: שהייה במוסד החלמה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור (עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה).

- מידע וייעוץ בסידורי שהייה למלווה.
- הנחה ברכישת ביטוח נסיעות לחו"ל למבוטח ולמלווה.
- מימון הוצאות עבור השתלה באחד משלושה מסלולים:

1. השתלות (ללא תקרה) וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תשלום עבור:

- השתלת האיברים כבד, כליה, לב, ריאה, לב-ריאה, לבלב.
- השתלת מח עצמות, תאי גזע ודם טבורי שמקורם מגורם זר ומהמבוטח עצמו.
- השתלת שחלה, מעי, ו/או קוצב סרעפתי לחולי ALS.
- איבר מבעל חיים - עד סכום ביטוח מרבי של 3,100,000 ₪.
- הוצאות בגין הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- גמלה חודשית לאחר השתלה בחו"ל ובארץ (לתקופה של 24 חודשים), וטיפול המשך עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- פיצוי לאחר ביצוע השתלה בחו"ל לאחר שובו של המבוטח לישראל כנקוב בתנאי הפוליסה.
- כיסוי הוצאות לאיתור תרומת מח עצם, להבאת מומחה לישראל לביצוע ההשתלה, להטסת גופה לישראל, הוצאות לשהייה בחו"ל עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.

- 2. פיצוי חד פעמי ע"ס 365,000 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה בגין מימונה בחו"ל.
- גמלה חודשית לאחר השתלה בחו"ל ובארץ (לתקופה של 24 חודשים).

3. פיצוי ע"ס 365,000 ₪ בגין הצורך הרפואי בהשתלה.

- כיסוי עלות טיפולים מיוחדים בחו"ל עד תקרת ביטוח של 800,000 ₪ (לכל תקופת הביטוח):
- גמלה חודשית למשך שנה לאחר טיפול מיוחד או ניתוח מיוחד בחו"ל במידה וקופת החולים השתתפה במימונה בשיעור 25% לפחות.
- טיפולי המשך בחו"ל עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.
- פיצוי כספי במקרה של טיפול כימותראפי כנקוב בתנאי הפוליסה.
- שיפוי בגין שירות רפואי הכרוך במתן התרופות עד תקרת סכום הביטוח הנקובה בפוליסה.

סל זהה - תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות:

- עד תקרת כיסוי של 12,000,000 ₪ בכל תקופת הביטוח לכל מקרי הביטוח יחד, ועד תקרה של 3,000,000 ₪ המתחדש כל שנתיים.
- ללא השתתפות עצמית בתרופות שעלותן מעל 450 ₪ לחודש (למעט ברכישת תרופות גנריות המכוסות בסל הבריאות).

טיפולים מחליפי ניתוח:

- השיפוי המרבי בגין טיפול או סידרת טיפולים חלופיים יהיה עד עלות הניתוח שנמוג, ללא הגבלה למספר הטיפולים להם יזדקק המבוטח בארץ או בחו"ל ולכל היותר - 220,000 ₪.

כתב שירות תזונה בהתאמה אישית (גיל כניסה 18):

- מוצר המשלים את תפיסת הגנטיקה והרפואה המותאמת אישית - התאמת תוכנית תזונה לפי פרמטרים רפואיים ובהתאם לבדיקות הרפואיות. לקבלת השירות יש לחייג: 83-39-700-1.

מה חשוב לדעת?

- גיל כניסה מקסימאלי - 70 (כתב שירות תזונה בהתאמה אישית - גיל כניסה 18) ילד רביעי ואילך ללא תשלום - עד גיל 21.
- פרמיה משתנה במהלך תקופת הביטוח לפי גיל.
- תקופת אכשרה: 90 יום, בנייתו מניעתי - 18 חודשים, קיסרי/הפלה/ גרידה/ הפסקת הריון מסיבה רפואית - 12 חודשים, ניתוח קוסמטי/ אסטטי - 5 שנים, שיניים - 6 חודשים.
- תקרת הכיסוי בפוליסות המופיעות בעלון זה צמודות למדד המחירים לצרכן (12378 נק') שפורסם ב 15.10.13

אילו כיסויים נוספים ניתן לרכוש בתוספת פרמיה?



- נגטיקס אמבולטוריום
- שירותים אולטראסונה
- הפניקס הספורט
- קו למחלים
- משלים
- בריא ושלם
- כתב שירות אבחנה מהירה
- כתב שירות רופא אישי
- כתב שירות לא לבד
- כתב שירות טיפולים פסיכולוגיים
- כתב שירות מקבץ סל השירות
- כתב שירות כתב שירות משלימה
- כתב שירות כמות גדול+ בריאות

חופש הבחירה בביטוחי הבריאות עומד להשתנות.

צרף את ילדיך עוד היום לביטוח בריאות פרטי ושמור לעצמך את אפשרות הבחירה עבורם.



אין דבר חשוב יותר מבריאות ילדינו. תפקידנו כהורים, הוא להבטיח את הטיפול הרפואי הטוב והמתקדם ביותר עבורם. חשוב לדאוג לביטוח בריאות מקיף עבורם, זמינות מרבית ונגישות בבחירת השירותים הרפואיים. חשוב שיהיה להם ביטוח בריאות פרטי. בימים אלו, כאשר מערכת הבריאות עוברת שינויים ומצויה בחוסר וודאות, לא ברור האם נוכל להמשיך ולהעזר בביטוחי בריאות פרטיים כפי שהיינו רוצים והכרנו עד כה. לכן במציאות כמו שלנו, חשוב למהר ולרכוש ביטוח בריאות פרטי עבור ילדינו.

חבילת "קו כסף" לילדים כוללת:

- כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ.
- כיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל והוצאות נלוות לניתוח.
- כיסוי להשתלה בארץ או בחו"ל.
- כיסוי לטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
- כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח.

פרמיה* חודשית עד גיל 21 (כולל) - 30 ש"ח לילד

הרחבות (בתשלום נוסף)

"שירותים אמבולטוריים"  בדיקות אבחנתיות מתקדמות, ייעוץ אצל רופאים מומחים, טכנולוגיות מתקדמות, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.

כתב שירות "בריאות כמו גדול פלוס"  אבחון וטיפול בבעיות בהתפתחות הילד כולל: התייעצות עם רופא מומחה, אבחון וייעוץ דידיקטי, הפרעות קשב וריכוז, קלינאי תקשורת, ייעוץ פסיכולוגי, טיפול באומנות, רכיבה טיפולית ועוד...

לפרטים ולהצטרפות, פנה לסוכן הביטוח שלך או חייג 3455*

* תוקף המבצע: מאי - יולי 2014 בלבד
* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ב-14/4/15 מדד 12318 נק'.

כל ילד משלם. החל מגיל 22 הפרמיה משתנה והינה על פי תעריף מבוגרים כמפורט בדף פרטי הביטוח. ההצטרפות לביטוח תעשה בכפוף למילוי הצהרת בריאות, לחיתום רפואי וכללי הקבלה לביטוח הנהוגים בחברה. מועמדים לביטוח שיתקבלו לאחר חיתום רפואי יתכן שיקבעו לנביהם תוספות בדמי הביטוח/החרגות לאור מצבם הרפואי. החברה שומרת לעצמה את הזכות להתאים את התעריפים והתנאים בהתאם ובמידה ויחולו שינויים במוצרי החברה. המידע המופיע בידעון זה הינו מידע כללי אודות הכיסויים בלבד, וכל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה. לעיון בתנאי הפוליסה המלאים: www.fnx.co.il <בריאות> ביטוח בריאות <קו הכסף> <מסמכים>.

במציאות כמו שלנו, תבדוק שיש לך הפניקס בריאות.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

ניטוחים כתוצאה מתאונות דרכים פוליסה עצמאית בלבד (6194+7218)		חבילת משלים למחלים (מינימום 100 ש"ח, מקסימום 1,000 ש"ח) פוליסה עצמאית - פיצוי אשפוז חירום יסודי (1733)		
האם יש לך ביטוח בריאות בפניקס?	לתשומת לב: תגמולי הביטוח בעת קרות מקרה ביטוח בשימוש ברכב מנועי דו-גלגלי (רכיבה ו/או נהיגה) יהיו בגובה מחצית תגמולי הביטוח	פיצוי ימי החלמה (1007)	פיצוי אשפוז אלקטיבי (1006)	פיצוי אשפוז חירום (1005)
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		ילדים	ילדים	ילדים

ה. ביטוח סיעודי					
התוכנית / המועמד		עיתר כבוד - פרמיה קבועה (5003) <input type="radio"/> סיעודי 360 - פרמיה קבועה (5009) <input type="radio"/>	עיתר כבוד - פרמיה משתנה (5012) <input type="radio"/> סיעודי 360 - פרמיה משתנה (5015) <input type="radio"/>	תקופת פיצוי בשנים	תקופת המתנה קצרה סכום פיצוי חודשי בש"ח
כתב שירות "לא לבד - סיעוד" (5212)		תקופת המתנה ארוכה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה ארוכה 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח		
		מועמד ראשון	מועמד ראשון	5 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> כל החיים	
		בן/בת זוג	בן/בת זוג	5 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> כל החיים	
		ילדים מגיל 3	ילדים מגיל 3	5 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> כל החיים	

למידע אודות השתנות פרמיה בפוליסה עם פרמיה משתנה עד גיל 65 ולטבלת ערכי סילוק לגבי כל אחת מפוליסות הסיעוד - אנא ראה באתר החברה www.fnx.co.il תחת תחום בריאות - ביטוח סיעודי

* סכום הביטוח בסיעודי 360 יהיו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול פי 2.2 - מקסימום סכום ביטוח לרכישה 22,000 ש"ח במוסד.

* ניתן לרכוש פוליסת סיעוד עם תקופת המתנה ארוכות רק אם יש ברשות המועמד לביטוח כסיו סיעודי לתקופת פיצוי של 36/60 חודשים. תקופת הפיצוי הינה לכל החיים

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה העולה על 180 יום	
אני מודעת/לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה	
אנא סמן את משך תקופת ההמתנה: <input type="radio"/> 30 יום <input type="radio"/> 60 יום <input type="radio"/> אחר _____ או <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/> 60 חודש.	
שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 יום <input type="radio"/> אחר _____ או <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/> 60 חודש.	
החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כסיו זה.	
שם מועמד/ת לביטוח	ת.ז.
	X
חתימת מועמד/ת שניה	

ו. ביטוח מחלות קשות - מרפא - סכום ביטוח עד 500,000 ש"ח, לילד 250,000 ש"ח					כפוליסה עצמאית - יסודי 6194	
התוכנית	מרפא ילדים (834) לילדים עד גיל 20	ז.הב (541/605)	כ.כפ (540/604)	א.רד (539/603)	ס.רטן (1831/1832/2013)	
מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון
מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני	מועמד שני
ילד 1	ילד 1	ילד 1	ילד 1	ילד 1	ילד 1	ילד 1
ילד 2	ילד 2	ילד 2	ילד 2	ילד 2	ילד 2	ילד 2
ילד 3	ילד 3	ילד 3	ילד 3	ילד 3	ילד 3	ילד 3
ילד 4	ילד 4	ילד 4	ילד 4	ילד 4	ילד 4	ילד 4

ז. ביטוח תאונות אישיות		תאריך המבוקש על ידי המועמד לביטוח לתחילת הביטוח: ____ / ____ / ____	
האם הינך משתמש/ת ברכב דו גלגלי ממונע?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך עוסק/ת בספורט אתגרי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג ספורט אתגרי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

- (1829) כסיו תאונות אישיות למועמד ראשון לביטוח בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)
- (1822) כסיו תאונות אישיות למועמד שני לביטוח בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)
- (1821) כסיו תאונות אישיות לילד בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)
- (1823) כסיו תאונות אישיות לילד בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 200,000 ש"ח)

פיצוי שבועי - כתוצאה מתאונה אופציונאלי לגילאי 21-67	
מועמד ראשון	<input type="radio"/> (1824) - מסלול 52 שב', גובה הפיצוי השבועי: _____
מועמד שני	<input type="radio"/> (1828) - מסלול 104 שב', גובה הפיצוי השבועי: _____
מועמד ראשון	<input type="radio"/> (1824) - מסלול 52 שב', גובה הפיצוי השבועי: _____
מועמד שני	<input type="radio"/> (1828) - מסלול 104 שב', גובה הפיצוי השבועי: _____

פיצוי שבועי - משופר לנכות תעסוקתית - מתאונה ומחלה (מחייב מילוי הצהרת בריאות מלאה)			
מועמד ראשון ס.ב.ו. ש"ח		מועמד שני ס.ב.ו. ש"ח	
104 שבועות	52 שבועות	104 שבועות	52 שבועות
תקופות המתנה	פרמיה	תקופות המתנה	פרמיה
14 ימי מחלה, 7 ימי תאונה	קבועה (1884) / משתנה (1885)	14 ימי מחלה, 7 ימי תאונה	קבועה (1884) / משתנה (1885)
14 ימי מחלה, 14 ימי תאונה	קבועה (1884) / משתנה (1885)	14 ימי מחלה, 14 ימי תאונה	קבועה (1884) / משתנה (1885)
28 ימי מחלה, 7 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)	28 ימי מחלה, 7 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)
28 ימי מחלה, 14 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)	28 ימי מחלה, 14 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)
28 ימי מחלה, 28 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)	28 ימי מחלה, 28 ימי תאונה	קבועה (1848) / משתנה (1849)

יש לבחור מסלול פרמיה קבועה או משתנה ותקופת פיצוי * ניתן לרכוש עד 1,000 ש"ח לשבוע בכל מוצרי הפיצוי בביטוח תאונות ביחד

שאלוני בריאות / מחלות קשות / סיעוד/תאונות אישיות

ח. הצהרת בריאות - לפוליסת בריאות						
שם המבוטח	גובה	משקל	לנשים: האם את בהריון: כן/לא	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ 10% במשקלך במהלך 12 ח' האחרונים?	האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?	1
					אם כן- מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____	
					האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת/תרופות?	2
					אם כן- אבחנה: _____ תרופה: _____ מינון: _____	
					האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?	3
					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	
					האם הינך סובל/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 (שיגרון), יתר לחץ דם סוכרת?	4
					האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת- גידול סרטני, מחלות ריאה (אסטמה), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות (למרכיבי משקפיים לציין דיאופטריות), מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים, שיתקים, כאבי ראש כרוניים, טרשת נפוצה, הפרעות נפשיות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים (ארטריטיס), מחלות עור, בעיות שרירים?	5
					אם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____	
					האם הינך סובל/ת ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס?	6
					האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, ציטור, MRI, CT, אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים	7
					אם כן ציין: סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה תקינה? _____	
					האם יש לך או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט _____	8
					האם הינך מעשן/ת או עישנת בעבר? _____	
					אם כן כמה סיגריות ליום? _____ משך עישון בשנים _____ מועד הפסקת עישון (אם עישנת בעבר) _____	
					האם הינך משתמש או השתמשת בסמים? _____	
					האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן - ליום/שבוע _____ כוסיות _____	

שאלות אלה מיועדות רק לרוכשי פוליסת "גנטיקס"

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?
10	האם היו במשפחתך קרובים בדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים דודות, בני דודים/ות) שחלו בסרטן, מחלה ממארת?

בכל מקרה של תשובה חיובית "כן" לאחת השאלות 10-1, אנא פרט כאן (כולל דרגת קרבה וסוג המחלה או הסרטן בשאלה 9)

הצהרת בריאות לרוכשי פוליסת "ניתוחים מתאונות דרכים"

1	האם הינך נמצא ו/או היית בטיפול רפואי ב- 5 שנים האחרונות כתוצאה מתאונת דרכים?
---	--

הצהרת בריאות לילדים

עד גיל 15 - יש למלא הצהרה זו בנוסף להצהרת בריאות המלאה.

1	האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?
2	בעיות בהתפתחות הילד?

עד גיל חצי שנה - יש למלא הצהרת בריאות זו בלבד המחליפה את הצהרת הבריאות המלאה :

3	יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים הכולל דו"ח על הלידה וממצאיה (דו"ח אפגר). אם הדו"ח אינו בידי ההורים, או במקרה והמכירה נעשית טלפונית - יש לענות על השאלות הבאות:
3.1	באיזה שבוע הייתה הלידה?
3.2	אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?
3.3	האם הומלץ בשחרור על מעקב רפואי מיוחד?
3.4	מה הייתה דרגת אפגר אחרי 5 דקות מהלידה?

שאלוני המשך	
בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.	
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול
7. גידולים	8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי

ט. הצהרת בריאות – פוליסת סיעוד (כתוספת להצהרת הבריאות לפוליסת בריאות)											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?											
2. האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לסיעוד תוך 12 חודש?											
3. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?											
4. האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?											

י. הצהרת בריאות – תאונות אישיות											
על הרוכשים נספח פיצוי שבועי מתאונה ומחלה למלא הצהרת בריאות מלאה (בלבד)											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם את/ה סובל/ת מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?											
2. האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייחות? האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?											
3. האם יש לך נכות קיימת, קבועה או זמנית כלשהי מעל 20% ו/או האם הינך בהליכי תביעה כיום?											
הצהרה נוספת של הרוכשים פיצוי שבועי לאובדן כושר עבודה:											
4. האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרטי:											

← הצהרות

יא. הצהרת המבקש/ים המועמד/ים לביטוח	
הצהרת המבוטח למשלים שב"ן	
במידה ולא מעוניין בקו כסף משלים שב"ן:	
○ אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.	
במידה וכן מעוניין בקו כסף משלים שב"ן:	
○ 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.	
גילוי נאות למועמד לביטוח – משלים שב"ן	
1. 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, המבוטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.	
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.	
3. 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).	
4. ברות ביטוח - בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, המאוחר מבין שני המועדים האמורים.	

הצהרה לביטוח סיעודי	
פוליסת עתיר כבוד וסיעודי 360 עם תקופת המתנה 36 ח' ו/או 60 ח' משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח ו/או לקבוצות ו/או לקולקטיבים ו/או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח יעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסות הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח ו/או בקבוצה או בקולקטיב ו/או בפוליסה פרטית (3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי הפוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי ועל עוד הוא במצב סיעודי.	
לתשומת ליבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד ו/או סיעודי 360 עם 36 ח' ו/או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד שבמסגרת קופת חולים ו/או בקבוצה ו/או קולקטיב ו/או פוליסת סיעוד פרטית.	

השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר:	
האם אתה מבוטח בביטוח הסיעוד של חברי קופ"ח?	כן ○
האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית ו/או פוליסת סיעוד פרטית?	לא ○
קופת חולים:	כללית ○ מכבי ○ מאוחדת ○ לאומית
הקולקטיב המבוטח*	שם הקולקטיב:
פוליסת סיעוד פרטית*	הגוף המבוטח:
*נא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב ו/או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס)	
אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת ○ קופת חולים ○ קבוצה ו/או קולקטיב ○ פוליסת סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 ח' ו/או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.	
הצהרת המבוטח: אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדרוך לקונה ביטוח סיעודי ○ כן ○ לא	

לשימוש פנימי	
מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב

הוראה לחיוב חשבון

מס' החשבון בבנק		מס' חשבון		קוד סניף	קוד בנק
611					
קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		כתובת הסניף	

1	אני/החתימה/מטה	שם בעל/ החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.ז.	מס' ח.פ.
	כתובת	רחוב	מספר	עיר
				מיקוד
2	<p>נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומציאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" ידוע לי/לנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>			
3	ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".			
4	ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.			
5	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.			
6	הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.			
7	נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.			

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

X	חתימת בעל/ החשבון	תאריך
---	-------------------	-------

אישור הבנק

מס' החשבון בבנק		מס' חשבון		קוד סניף	קוד בנק
611					
קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ת.ד. 25333
תל-אביב 61253

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/ החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/ החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

X	חתימה וחותמת הבנק	מספר הסניף	שם הבנק	תאריך
---	-------------------	------------	---------	-------

טופס הצעה לחבילות ביטוח בריאות לילדים (קוד מבצע 5000)

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		
ילדה 1					נ / ז		
ילדה 2					נ / ז		
ילדה 3					נ / ז		
ילדה 4					נ / ז		

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 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

תוכניות בריאות	חבילת קו הכסף לילדים (קוד הנחה - 50038)	חבילת קו פיצוי מהיר לילדים (קוד הנחה - 50039)
ילדה 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילדה 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילדה 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילדה 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

בכל הנוגע לכיסוי ניתוחים בארץ "מהשקל הראשון" קיימת אפשרות חלופית לחברי תוכנית השב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופות החולים להצטרף לתוכנית ביטוח משלים שב"ן- כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים פרטיים בישראל (2017) עם ברות ביטוח, לפיה ישולמו תגמולי הביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, בגין הסכומים שהינם מעבר להשתתפות השב"ן. כלומר, המבטח ישפה את המבטח את ההפרש בין ההוצאות בפועל לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה.

אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח (יש לסמן אם מעוניין ולהשלים) אני חבר/ה בתוכנית השב"ן בקופ"ח _____ ומעוניינת/ת להצטרף לתכנית ביטוח משלים שב"ן - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים פרטיים בישראל עם ברות ביטוח (2017).

פרטי המועמדים לביטוח

מס' מרפא ילדים 834	מס' מרפא סרטן 2013	כתב שירות טיפולים פסיכולוגיים 331	כתב שירות רפואה משלימה 342	כתב שירות - מקבץ סל השירות 1008	הפניקס אלטרנטיבה 2332	קו הספורט 185	כתב שירות "לא לבד" 2004	כתב שירות רופא אישי 2987	כתב שירות אבחה מהירה 2986	גנטיקס - רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה 5209	כתב שירות בריאות כמו גדול + 7329	שירותים אמבולטוריים 7986
		<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"/>			

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

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבטח, 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, את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש ע"י "הפניקס", 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס" ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

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			
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת בן/בת הזוג	

החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות בתוקף? כן לא
 אם כן: האם הפוליסות לביטוח בריאות 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?
 אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה ולהחתימך

חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח
-------------------	---------------------

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המבטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. 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 המבטח הנ"ל מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם

חתימת הסוכן/ נציג המכירות	תאריך
---------------------------	-------

השוואת מוצרים

פרק ניתוחים הקיים היום בביטוח פרטי :

- רשימת רופאים מורחבת
- ללא השתתפות עצמית
- ניסוח מיטבי - "כל פרוצדורה"
- פרמיה ידועה מראש
- מוצר לכל החיים

רובד ניתוחים גנרי חדש:

- רשימת רופאים מוגבלת
- השתתפות עצמית גבוהה
- תוכנית סגורה
- התאמת פרמיה תקופתית
- מגבלת זמן

רובד ניתוחים חדש

חופש הבחירה עומד להצטמצם !

**הפניקס**
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.



זוכרים את סוף 2013, סוף עידן מקדמים מובטחים ?

השוואת מוצרים

פרק ניתוחים הקיים היום בביטוח פרטי :

- רשימת רופאים מורחבת
- ללא השתתפות עצמית
- ניסוח מיטבי - "כל פרוצדורה"
- פרמיה ידועה מראש
- מוצר לכל החיים

רובד ניתוחים גנרי חדש:

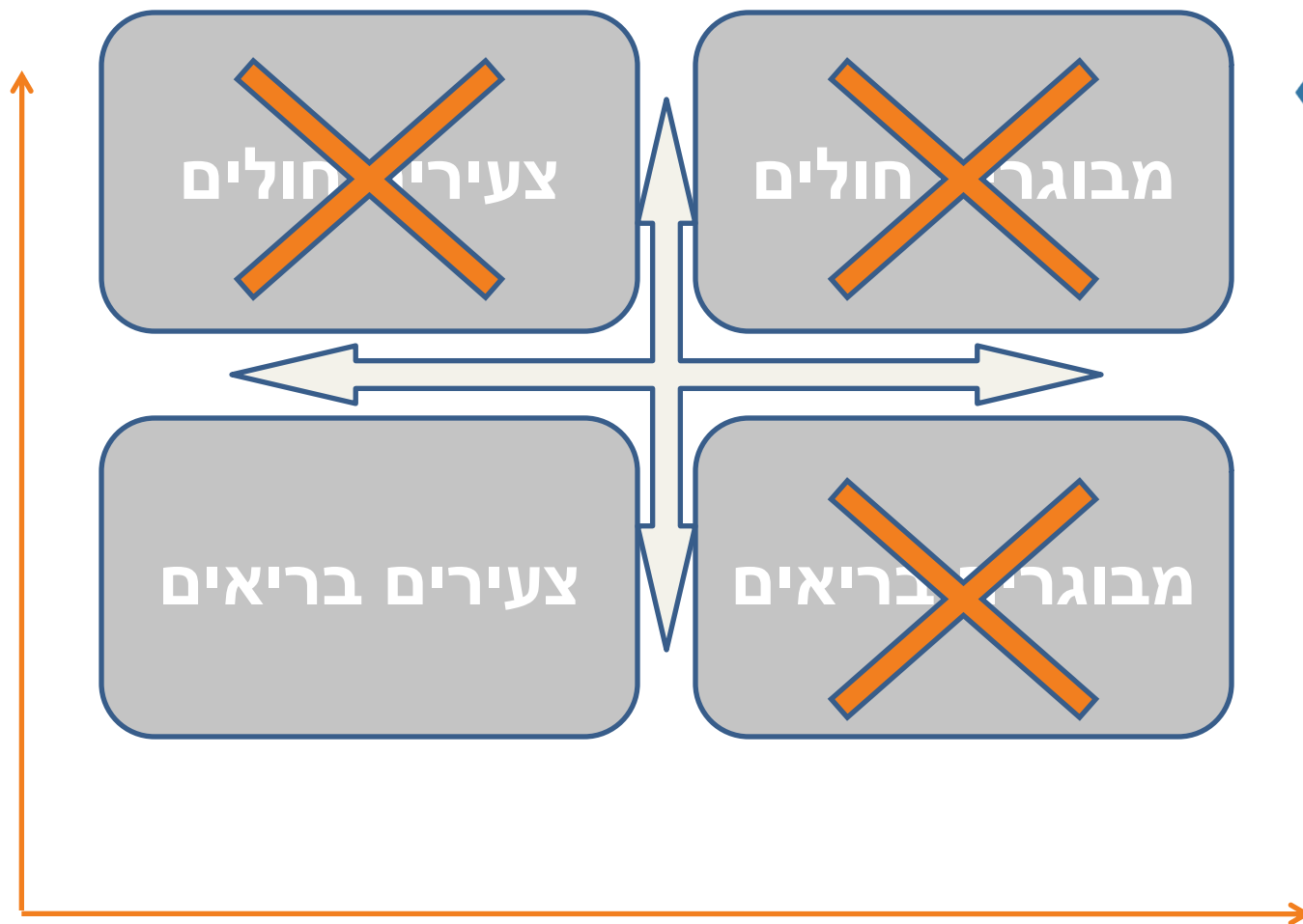
- רשימת רופאים מוגבלת
- השתתפות עצמית גבוהה
- תוכנית סגורה
- התאמת פרמיה תקופתית
- מגבלת זמן

רובד ניתוחים חדש

שירותי VIP

מכונת סנדוויצים

מצב בריאותי



!!!!!!! מכירות

חבילת קו הכסף לילדים במחיר מיוחד:

- פוליסת ילדים עצמאית.

- כיסויים ביטוחיים:

- ניתוחים בישראל מהשקל הראשון.

- ניתוחים בחו"ל.

- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.

- תרופות שלא בסל.

- טיפולים מחליפי ניתוח.



עלות החבילה:

30 ₪ עד גיל 21

* מותנה בפוליסה עצמאית

* כל ילד בתשלום

* לא יינתנו הנחות נוספות על הריידרים

* תוקף מבצע למכירות חדשות בלבד עד ליום 31.07.2014

המידע במצגת זו הינו מידע כללי בלבד אודות הכיסויים וכל האמור בה כפוף לתנאי הפוליסה, תקופות האכשרה וסייגיה.

חבילת בריאות לניתוחים בפוליסה עצמאית:

1. ניתוחים בישראל מהשקל הראשון

2. ניתוחים בחו"ל

3. טיפולים מחליפי ניתוח

*לא יינתנו הנחות נוספות על הריידרים

*תוקף מבצע למכירות חדשות בלבד עד ליום 31.07.2014

חלופה ייחודית לגיוס לקוחות חדשים

- הנחה מיוחדת של 50% לשנה א' בלבד (ללקוחות מגיל 22-39) לחבילת הבריאות בלבד (ניתוחים פרטיים בארץ, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח).

דוחות יעודים וטפסים ממוזגים

- ✓ ילדים המבוטחים בתאונות אישיות ללא בריאות
- ✓ ילדים המבוטחים בפוליסת השתללות ותרופות ללא ניתוחים
- ✓ ילדים המבוטחים בפוליסת מחלות קשות ללא בריאות

רוח גבית שיווקית

fnx.4u

הרבה יותר בשבילך



אז מה עושים?



- מוכרים !

- מכירת מוצרי בריאות פרט - כאן ועכשיו!

- מכירה מוגברת לצעירים...

מכירות !!!!!!!!!!!!!

תודה רבה

בהצלחה

חופש הבחירה בביטוחי הבריאות עומד להשתנות.

הצטרף עוד היום לביטוח בריאות פרטי
ושמור לעצמך את חופש הבחירה.



בימים אלו, כאשר מערכת הבריאות עוברת שינויים ומצויה בחוסר וודאות, לא ברור האם נוכל להמשיך ולהעזר בביטוחי בריאות פרטיים כפי שהיינו רוצים והכרנו עד כה. ולכן במציאות כמו שלנו, חשוב למהר ולרכוש ביטוח בריאות פרטי.

חבילת קו הכסף כוללת:

- ניתוחים פרטיים בארץ ובחו"ל
- טיפולים מחליפי ניתוח
- השתלות בארץ ובחו"ל
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

71+	66-70	60-65	55-59	50-54	45-49	40-44	35-39	30-34	22-29	גיל המבוטח
622.1	622.1	472.2	343.3	262.1	214.1	177.9	146.9	118.1	104.9	פרמיה חודשית* לחבילת קו הכסף

חבילת הבריאות כוללת:

ניתוחים פרטיים בארץ ובחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח.

71+	66-70	60-65	55-59	50-54	45-49	40-44	35-39	30-34	22-29	גיל המבוטח
570.9	570.9	421.1	292.2	234.8	186.8	150.6	119.7	90.9	77.6	פרמיה חודשית*

הרחבות (בתשלום נוסף)

"שירותים אמבולטוריים"



בדיקות אבחנתיות מתקדמות, ייעוץ אצל רופאים מומחים, טכנולוגיות מתקדמות, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.

לפרטים ולהצטרפות, פנה לסוכן הביטוח שלך או חייג 3455*

תוקף המבצע: מאי - יולי 2014 בלבד

*פרמיה משתנה, במהלך תקופת הביטוח, בהתאם לגיל המבוטח. גיל כניסה מירבי - 70. הפרמיה צמודה למדד שפורסם ב-15/4/14 מדד 12318 נק'.

הצטרפות לביטוח תעשה בכפוף למילוי הצהרת בריאות, לחיתום רפואי וכללי הקבלה לביטוח הנהוגים בחברה. מועמדים לביטוח שיתקבלו לאחר חיתום רפואי יתכן שיקבעו לגביהם תוספות בדמי הביטוח/החרגות לאור מצבם הרפואי. החברה שומרת לעצמה את הזכות להתאים את התעריפים והתנאים בהתאם ובמידה ויחולו שינויים במוצרי החברה. המידע המופיע בידיעון זה הינו מידע כללי אודות הכיסויים בלבד, וכל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה. לעיון בתנאי הפוליסה המלאים: www.fnx.co.il <בריאות> ביטוח בריאות <קו הכסף> <מסמכים>.

במציאות כמו שלנו, תבדוק שיש לך הפניקס בריאות.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

השוואת מוצרים

פרק ניתוחים הקיים היום בביטוח פרטי :

- רשימת רופאים מורחבת
- ללא השתתפות עצמית
- ניסוח מיטבי - "כל פרוצדורה"
- פרמיה ידועה מראש
- מוצר לכל החיים

רובד ניתוחים גנרי חדש:

- רשימת רופאים מוגבלת
- השתתפות עצמית גבוהה
- תוכנית סגורה
- התאמת פרמיה תקופתית
- מגבלת זמן

רובד ניתוחים חדש