



**כתב כיסוי זמני**

כיסוי זמני מתחילת העבודה לתקופה המוגדרת בהסכם המפעלי לעובדי חברת \_\_\_\_\_ (קוד קולקטיבי \_\_\_\_\_)  
מותנה בקיום הסכם מפעלי בתוקף הכולל כתב כיסוי זמני.

סוכן _____ מס' סוכן _____	
<b>חלק המעסיק - להלן נתוני העובד לצרך הכנסתו לכיסוי זמני מתחילת עבודתו ועד לתום התקופה המוגדרת בהסכם המפעלי</b>	
שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	מין
תפקיד בארגון	ת.ז.
<b>הנחיות</b>	
שכר ברוטו לצורך חישוב ביטוח מנהלים	תאריך תחילת עבודה
תאריך תחילת הביטוח	הערות
<b>הכיסוי הזמני</b>	
מוצהר ומודגש בזאת כי כתב כיסוי זה הינו זמני בלבד וגובה הסכומים והתקופה יהיו בכפוף למוגדר בהסכם המפעלי. הכיסוי הזמני כפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה. תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח ו/או הבאים מכוחו על פי כתב כיסוי זה ינוכו מכל תשלום שישולם על פי פוליסת ביטוח מנהלים ו/או קרן פנסיה אחרת הקיימים ממקום עבודתו הקודם של העובד אשר נמצאים בתוקף, ו/או כל סכום אחר שישולם עפ"י כל דין.	
הפרטים בטופס זה והתשובות להצהרת הבריאות ישמשו את החברה לצורך החיתום לביטוח מנהלים במקרה בו העובד יהיה זכאי להסדר קבע, זאת בהתאם להודעת המעסיק לחברת הביטוח. למען הסר ספק מובהר בזאת כי כל עוד לא התקבלה בחברה הודעה מהמעסיק לצרף את העובד לביטוח מנהלים בהסדר הקבע, יהיה הכסוי הזמני בתוקף לתקופה המוגדרת בהסכם המפעלי בלבד.	
שם החותם מטעם המעסיק	תפקיד
	חתימה וחותמת

נבקשכם להחיל לגבי העובד/ת את הכיסויים הביטוחיים הבאים:  
אבדן כושר עבודה, פיצוי של 75% ממשכורתו/ה לצורך ביטוח מנהלים מוגבל עד לשכר של 10,000 ש"ח.  
סכום ביטוח למקרה מוות ע"ס 1,000,000 או 60 משכורות, הנמוך מבין השניים.

<b>חלק העובד</b>	
תאריך לידה של העובד/ת	מצב משפחתי
כתובת	רופא מטפל
מס' טלפון	נייד
e-mail	תחביבים מסוכנים
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס	

<b>מינוי מוטבים למקרה מוות</b>	
שם	ת.ז.
תאריך לידה	כתובת
מין	קירבה
% חלקים	
100	
100	
100	
100	

<b>הצהרות / ויתור על סודיות רפואית</b>	
1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר 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.	
2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.	
3. 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.	
4. אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים 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 החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל 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 שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם 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.	
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס". למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח
	X

לא	כן	הצהרת בריאות מקוצרת - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן: - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה. מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן)	
		1 מועמד ראשון: גובה _____ משקל _____ מועמד שני: גובה _____ משקל _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם בשנה האחרונה טופלת (או הומלץ על טיפול) תרופתי יותר מ- 3 שבועות? שם תרופה _____ סיבת טיפול _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם בשנה האחרונה הומלץ לך או שהינך מועמד לביצוע בדיקה פולשנית, בדיקת הדמיה (לרבות CT, US, MRI) או ניתוח? אם כן - ציין סוג הבדיקה/ניתוח _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (יש לפרט את הממצאים הלא תקינים) _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות אם כן - ציין מספר סיגריות ליום _____	
		5 האם אי פעם אובחנו אצלך מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות:	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א	מחלות לב, כלי דם ודם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב	מחלות מערכת העצבים והמוח
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג	גידול ממאיר (סרטן)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד	כליות ושתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה	כבד
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו	נשימה/ריאות
ברכישת כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה/שחרור יש לענות בנוסף על השאלות הבאות:			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 חושים (ראייה, שמיעה)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 בעיות שלד/מפרקים/אורתופדי/ראומטולוגי	

הערות

---



---



---



---

חתימה

X				
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך