



קוד מסמך 706 | בקשה לעדכון פוליסה קיימת - למבוטחים עד גיל 70 בלבד! (למעט כתבי שירות)

פרטי סוכן/יועץ			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מנהל עיסוקי	מס' פוליסה

פרטי המועמדים לביטוח
 אני/אנו החתומים מטה, בעל פוליסה ו/או המבוטח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס") בהצעה לעדכן פוליסת ביטוח קיימת ו/או להחליף את תכניות הביטוח הקיימות כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	עיסוק	קופ"ח	מין	מצב משפחתי	שב"ן	תאריך לידה
מועמד ראשון/ בעל פוליסה						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	
מועמד שני						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	
ילד ראשון						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	
ילד שני						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	
ילד שלישי						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	
ילד רביעי						ז	נ	כ	
						נ	א	ל	

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל - חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
מועמד ראשון/ בעל פוליסה			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני		
			<input type="radio"/> דואר ישראל		
מועמד שני			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני		
			<input type="radio"/> דואר ישראל		
ילד בוגר - שם: -----			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני		
			<input type="radio"/> דואר ישראל		

* בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף

ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

בריאות - החלפת תכנית ביטוח קיימת בחברה (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)

כיסוי קיים	כיסוי חדש מבוקש	האם נדרש למלא הצהרת בריאות מלאה?	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ניתוחים שב"ן/ קו מהיר ללא שיפוי	ניתוחים אחידה / משתלם פלוס (9018/9019/9020)	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים קו כסף/ קו מהיר עם שיפוי/ משתלם פלוס	ניתוחים אחידה / משתלם פלוס (9018/9019/9020)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים קו כסף/ שב"ן/ קו מהיר / משתלם פלוס	שב"ן (9007)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופה	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
סגולה/ סגולה מורחבת / סל זהב שנמכר לפני 2016	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
השתלות בסיס	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722 /9723)	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
השתלות ועוד/ מורחב/ מוגדל/ בינלאומי/ השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
עולמי / ניתוחים בחו"ל	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אמבולטורי נספח בין 2014-2016	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אמבולטורי נספח טרם 2014	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות אקסטרה נספח טרם 2016	תרופות אקסטרה (9742)	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
בריאות כמו גדול/ בריאות כמו גדול פלוס	ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד	לא	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
אחר: _____	אחר: _____	תנאי חיתום עפ"י המקובל בחברה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

החלפת תכנית ביטוח מחלות קשות (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)

כיסוי קיים	כיסוי חדש מבוקש	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
מרפא ארז, כסף, זהב/רפואי משלים/יתרון/ילדים/אחר	מרפא (8542, 8543, 8544)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***נדרשת הצהרת בריאות מלאה - החיתום החדש יבוצע ויחול ביחס להפרש הכיסוי הביטוחי בין התכנית הקיימת לחדשה והינו בנוסף לחיתום הקיים.**

*הצהרת בריאות מחלות קשות

בריאות - הוספת כיסויים בפוליסה קיימת (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)

יש לסמן X בתכנית/חבילה הנבחרת עבור כל מועמד בנפרד.							
ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	מועמד שני	מועמד ראשון	גילאי כניסה	סוג תכנית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9019/9018)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב (9743/9744)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
תרופות אקסטרה (לבעלי כיסוי סל הזהב בלבד) (9742)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משתלם פלוס (9020)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן (9017)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
כתב שירות לא לבד (9004)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
כתב שירות אבחנה מהירה (8985)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-20	נוספת
ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
כתב שירות רופא אישי (9987)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
כתב שירות רפואה משלימה (9342)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל (9980) למבוטחים בעלי תכנית קו הכסף עם כיסוי לניתוחים בישראל במסלול שיפוי או למבוטחים בעלי תכנית משלים שב"ן - ששווקו לפני 02.2016 (תנאי חיתום בהתאם לתנאי החיתום בכיסוי ניתוחים בישראל)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-67	נוספת
ביטול סייג תאונות עבודה -ניתן על פוליסות מלפני 2014 (1597)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-90	נוספת
ביטוח סייג תאונות דרכים וטרור -ניתן על פוליסות מלפני 2004 (260)							

מחלות קשות - הוספה כיסוי/ הגדלת סכום ביטוח (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)

סכום ביטוח מינימלי 50,000 ש"ח מקסימלי 600,000 ש"ח במצטבר במסלולי מחלות קשות

ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	מועמד שני	מועמד ראשון	הצגה נדרשת*	גילאי כניסה	סוג תכנית	יש לציין סכום ביטוח עבור כל מועמד לביטוח בנפרד
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	א' + ב'	0-64	בסיס	מרפא (8542, 8543, 8544)
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	א'	0-64	בסיס	מרפא סרטן (9831)

*הצגת בריאות מחלות קשות

הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציין בטבלה שלהלן:

קוד הנחה (ככל שידוע)	שנה ו'	שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	תכנית ביטוח

אחר

ההנחה הינה לכיסויים חדשים (לא כולל שדרוגים) בלבד ובכפוף לאישור החברה.

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)												
- מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.												
- במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.												
- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.												
1. פרטים כלליים												
שם המועמד לביטוח												
למילוי מגיל 16												
גובה (בס"מ)												
משקל												
2. שאלון מבוא כללי												
2.1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה?												
נא ציין כמות סיגריות ליום												
2.2 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?												
2.3 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך 2.1-2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)												
2.3.1 סרטן												
2.3.2 סכרת סוג 1												
2.3.3 סכרת סוג 2												
2.3.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון												
2.3.5 לב												
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?												
3.1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? *(1,2,3,4)												
3.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון? אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים בחמש השנים האחרונות, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה? *(8)												
3.3 מחלות מערכת העיכול לרבות, וטט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? *(9,10)												
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלבב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? *(5,6,7)												
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטרויות?												
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון לרבות, דום נשימה?												
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד לרבות, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? *(12,13,14)												
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? *(16)												
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות לרבות, דרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
3.10 מחלה ממארת (סרטן) לרבות, גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? *(17)												
3.11 מחלות מערכת הדם לרבות, הפרעות בקרישת הדם כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
3.12 מחלות ותופעות בעור לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?												
3.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות, נשאות נגיף האיידס HIV?												
3.14 מחלות נפש לרבות, מחלת נפש ו/או בעיה נפשית שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? *(15)												

המשך הצהרת בריאות												
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<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"/>	3.15 למילוי מגיל 18 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון?
<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"/>	
<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"/>	3.16 בקע/הרניה לרבות, מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי? (11)*
<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"/>	3.17 ילדים עד גיל שנה אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. ילדים זכרים עד גיל-18 אם קיימת אבחנה לאשך טמיר?
4. שאלות נוספות												
<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"/>	4.1 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש השנים האחרונות? (18)*
<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"/>	4.2 האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות, ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר בעשר שנים האחרונות? (20)*
<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"/>	4.3 האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?
<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"/>	4.4 האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה? (19)*

הצהרת בריאות מחלות קשות

מרפא סרטן עד 600 א' נדרש למלא חלק א בלבד | בטוח מרפא עד 600 א' נדרש למלא חלק א + חלק ב

מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות

- מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.
- במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.
- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.

1. פרטים כלליים												
שם המועמד לביטוח												
חלק א'												
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<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"/>	1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? מגיל 16
<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"/>	2 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/ אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך -2.1 2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)
<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"/>	2.1 סרטן
<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"/>	2.2 סכרת סוג 1
<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"/>	2.3 סכרת סוג 2
<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"/>	2.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון
<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"/>	2.5 לב
<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"/>	3 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן בחמש השנים האחרונות?
<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"/>	4 האם חלית ו/או אבחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?
<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"/>	4.1 מחלה או גידול ממאיר (סרטן) לרבות BCC, SCC, גידול טרום סרטני, גידול שפיר? (7)*
<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"/>	4.2 קרוהן, קוליטיס, קיבה, מעיים, וסט, כבד, גושה, שחמת הכבד, צהבת, דם בצואה? (6)*
<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"/>	4.3 דיכוי חיסוני לרבות איידס (HIV), מושתל איברים?
<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"/>	5 גובה ומשקל - למילוי מגיל 16 גובה (בס"מ) משקל

הליך התאמת צרכים

- בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו יקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי, כי תבוצע עבורי השוואה בין ההחרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת, אותה אדרש לאשר טרם הצטרפתי לביטוח.
- נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים					
מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
<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"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
<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"/>

במידה ומעוניינים לבטל - אופן הגשת הביטוח באמצעות סוכן הביטוח** באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" ** באופן עצמאי

ביטול תקופת אכשרה - רלוונטי בעת ביטול פוליסה בריאות פרטית בחברה אחרת ורכישת פוליסה בריאות בהפניקס

- ידוע לי כי בעת ביטול פוליסה פרטית בחברה אחרת ורכישת פוליסה חדשה בהפניקס, תחול תקופת האכשרה הקבועה בתנאים הכלליים ו/או בתנאי הפוליסה עבור כיסויים וסכומי ביטוח **שאני** חופפים בין הפוליסה המבוטלת לפוליסה החדשה בהפניקס וכן על כיסויים וסכומי ביטוח נוספים שלא היו קיימים בפוליסה המבוטלת. כמו כן, ידוע לי כי בכל מקרה תחול תקופת אכשרה בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון ולידה.
- ידוע לי, כי בעת הגשת תביעה לתגמולי ביטוח אדרש להציג מסמכים בדבר הפוליסה שבוטלה (לפחות דף פרטי ביטוח) וכי אם לא אעשה כן, תחול עליי תקופת אכשרה מלאה.
- כמו כן, ידוע לי כי ביטול תקופת האכשרה יחול רק על מעבר מפוליסה פרטית ולא על מעבר מפוליסה בריאות קבוצתית וכי אין שינוי בהוראות חריג "מצב רפואי קודם" והן תחולנה בהתאם להוראות הפוליסה החדשה.

* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זהה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות- הנוספת והקיימת.

**** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה.**

לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח ביניה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או חברות הקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר). ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

הצהרות המועמד לביטוח
הצהרות להמרות

ינתן רצף ביטוחי, לרבות עניין מניין תקופת אכשרה וחריג מצב רפואי קודם, לסכומי ביטוח ולכיסויים ביטוחיים (בכלל זה בדיקות, שירותים או טיפולים, לפי העניין), שהיו קיימים בפוליסה שהוחלפה וככל שהם קיימים וחופפים לאלה שבפוליסה החדשה או המעודכנת. עוד מובהר כי לא ינתן רצף ביטוחי כאמור לכל כיסוי ביטוחי, בדיקה, שירות או טיפול או סכום ביטוח שלא היו קיימים בפוליסה שהוחלפה או עודכנה.

תנאי חיתום, לרבות החרגות ותוספות חיתומיות, שהיו קיימים בפוליסה שהוחלפה יעברו ברצף ומשיכו לחול גם על אותם כיסויים ביטוחיים בפוליסה החדשה או המעודכנת. אם וכאשר יחולו הגבלות ו/או תנאים מיוחדים חדשים בנספח החדש יחולו על הכיסוי הביטוחי העולה בהיקפו על הכיסוי הקיים במועד השדרוג.

הצהרות להוספת כיסוי

מחליפי ניתוח - ידוע לי ואני מסכים כי ההחרגות ו/או התוספות הקיימות בביטוח הניתוחים בישראל שברשותי, יחולו בהתאמה על כיסוי טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל.

הצהרות המועמד לביטוח
הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן
ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:

ידוע לי שחברתי במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם על ההצהרה בשמם כאפוטרופוסית טבעית..

גילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

א. 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, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה).

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. 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).

ג. ברור 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, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל הוא מצהיר כדילקמן:

הוסבר לי כי הפוליסה הבסיסית אינה כוללת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר, מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים. הוצע לי תחילה לרכוש כיסוי משלים שב"ן, הוצע לי לרכוש אפשרות של פוליסה שקל ראשון.

גילוי נאות בעת רישות פוליסת "מהשקל הראשון" (ניתוחים ייעוציים וטיפוליים מחליפי ניתוח בישראל):

בהמשך לחוק ההסדרים - באוקטובר 2023 תיכנס לתוקף רפורמה בתחום הניתוחים במסגרתה נקבע, בין היתר, כי במועד החידוש הקרוב של הפוליסה, ביום הראשון ביוני 2024, תעבור באופן אוטומטי לכיסוי משלים שב"ן, אלא אם תודיע לחברה באופן אקטיבי שאינך מעוניין בהעברה וזאת במשך שנה מיום ההעברה.

ככל ותבחר להישאר בכיסוי "מהשקל הראשון", החזרה תהיה ללא פגיעה ברצף הביטוחי.

כמו כן, עליך לדעת כי במועד החידוש הקרוב של הפוליסה "מהשקל הראשון" ביום הראשון ביוני 2024, הפרמיה צפויה להתייקר וגובה הפרמיה העתידי עדיין אינו ידוע.

ההשלכות הביטוחיות של המעבר לכיסוי משלים שב"ן מפורטות ב"גילוי נאות לגבי המוצר משלים שב"ן" המופיע בטופס.

הצהרות נוספות

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
- הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
- ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/בסיס אחרת. ידוע לי שככל שביקשתי במסגרת טופס ההצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש יחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה נעשה ביום 1.6.2022 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.
- ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח, 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 למוסד "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש 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 מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי 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 עצבונני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
- ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, ידוע לי ואני מאשר כי במקום בו אי אפשר לצרף את כל המועמדים לביטוח שכן, חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד השלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
- העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר** - ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוריים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל"הר הביטוח".

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטי בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי. לידעיתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

11. **פרטי מוטבים** - ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.

12. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למקדף קשרי הלקוחות של החברה O לא מסכים

בחתימתי על טופס זה אני מעניק הסכמה לרכישת כל אחת מתכניות הביטוח אותן סימנתי.

X	X	X
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

אישור הסוכן

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה.

ביצעתי למועמדים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעת לי ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו את הביטוח המוצע התואם לצרכיו. במקרה בו יקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי עלי לבצע גם השוואה בין החרגות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת ולקבל את אישורו טרם הצטרפותו לביטוח.

הריני לאשר כי:

מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם. ככל שמדובר במועמד לביטוח שמלאו לו 67 ומעלה, הריני לאשר כי עברתי הכשרה למתן שירות לאזרחים ותיקים בהתאם להוראות חוזר הצירוף.

הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום - אני מאשר בזה כי במועד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז. או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.

תאריך	שם הסוכן	ת.ז.	חתימת הסוכן
			X

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
הצהרת משלם חריג				
שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	<input type="radio"/> ת.ז. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	ישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.				
תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם		

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)

תשלום באמצעות כרטיס אשראי				
<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר				
תאריך				
X	מס' כרטיס האשראי		תוקף	
	שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	מס' ת.ז.	חתימת בעל הכרטיס
הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסיים נוספים בלבד.				

בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש ● 1 לחודש ● 10 לחודש* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)

*לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

בנק	מס' חשבון			סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	611			שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
("הבנק")						
<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - <input type="radio"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____						
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.						

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקש/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:						
2	א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.						
פרטי ההרשאה							
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.							
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.						
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">חתימת בעל החשבון</td> <td style="text-align: center;">חתימת הבנק</td> <td style="text-align: center;">תאריך</td> </tr> </table>	X	X		חתימת בעל החשבון	חתימת הבנק	תאריך
X	X						
חתימת בעל החשבון	חתימת הבנק	תאריך					