

טופס התאמת צרכים ותיעוד הליך ההתאמה

○ מכירה בפגישה פרונטלית ○ מכירה בשיחה טלפונית מוקלטת

| המועמדים לביטוח | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|------------|-----------------|------------|------------|-------|-------------|------------|-------------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | מין | תאריך לידה | מצב משפחתי | עיסוק | תחביב מסוכן | שב"ן | |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | מועמד ראשון |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | מועמד שני |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | ילד ראשון |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | ילד שני |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | ילד שלישי |
| | | | ○ זכר ○ נקבה | | ○ נ ○ א | | | ○ כ ○ ל | ילד רביעי |

הליך ההתאמה התבסס על - מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"

| סוכן/ משווק | מועמדים | | |
|--|--|-----|-------|
| | ילדים | שני | ראשון |
| <p>הסוכן / משווק אני מתחייב:</p> <p>1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד.</p> <p>2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.</p> | <p>אני/ אנו החתום/ ים מטה מיפה'ים את כוחה של הפניקס חברה לביטוח בע"מ/ סוכן הביטוח בהרשאת שימוש פרטנית לבצע חיפוש על שמי/ ואו ילדיי הקטנים באתר האינטרנט של רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון לאיתור מוצרי הביטוח (אתר הר הביטוח). ההרשאה תהא מוגבלת עד 5 ימי עבודה בלבד ממועד זה.</p> | | |

חתימות

| תאריך | מועמד ראשי | מועמד שני | ילד בוגר |
|-------|------------|-----------|----------|
| | | | |

למילוי בעת סירוב למתן הרשאה להר הביטוח

| ילדים | שני | ראשון | |
|-------|-----|-------|---|
| ○ | ○ | ○ | מסר - מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי |
| ○ | ○ | ○ | מסר - מידע אחר אודות מוצרי ביטוח הקיימים ברשותו |
| ○ | ○ | ○ | סרב למסור מידע בדבר מוצרי ביטוח הקיימים ברשותו |

* בשיווק יזום קיימת חובה, כחלק מההתאמת הצרכים, לעיין בהר הביטוח (באמצעות הרשאה ו/או עיון עצמאי).

ביטוחי בריאות – מידע על ביטוחים קיימים והתאמת הביטוחים לצרכי המועמד לביטוח / המבוטח

| כיסויים מוצעים לאחר התאמת צרכים | | | | | כיסויים קיימים לפני התאמת צרכים | | | | | שם הכיסוי | |
|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| עלות חודשית בש"ח אחר <input type="radio"/> לפני הנחה <input type="radio"/> | תקופת ביטוח / בשנים / עד גיל | סמן x או ציין סכום ביטוח בש"ח | | | ההמלצה: לבטל / להקטין / להגדיל / להחליף להשאיר מצב קיים | עלות חודשית בש"ח אחר <input type="radio"/> לפני הנחה <input type="radio"/> | תקופת ביטוח / בשנים / עד גיל | סמן x או ציין סכום ביטוח בש"ח | | | |
| | | ילדים | מועמד שני | מועמד ראשון | | | | ילדים | מועמד שני | | מועמד ראשון |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים לשב"ן |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל השתתפות עצמית |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | השתלות |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | תרופות מיוחדות (שלא בסל) |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | תרופות בהתאמה אישית |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | אמבולטורי |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | התפתחות הילד |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | כתבי שירות |
| | | _____ | _____ | _____ | | | | _____ | _____ | _____ | פיצוי למחלות קשות |
| | | _____ | _____ | _____ | | | | _____ | _____ | _____ | פיצוי למחלות סרטן |
| | | _____ | _____ | _____ | | | | _____ | _____ | _____ | תאונות אישיות |
| | | _____ | _____ | _____ | | | | _____ | _____ | _____ | נכות תעסוקתית |
| | | _____ | _____ | _____ | | | | _____ | _____ | _____ | אחר _____ |

האם אחד או יותר מהכיסויים קיימים בהפניקס? כן לא, אנא פרט: _____

השיקולים העיקריים במתן ההמלצה (אנא פרט את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו למועמד לביטוח לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה, שירות שיינתן למבוטח או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתם למועמד לביטוח להצטרף לפוליסה) – **חובה למלא בנוסף לטבלה**

