

הצעה לביטוח בריאות, תאונות אישיות, מחלות וסיעוד - סוכנות שקל				הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים			
שם הסוכן		מס' הסוכן		שם המפקח		מס' המפקח	
שם הסוכן		מס' ההצעה		מס' ההצעה			
אני/אנו החתומים מטה, מעומד/ים לבעלות על הפוליסה ו/או המעומד/ים לביטוח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:							
מועמד ראשון/ בעל הפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי
					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		

ישוב	מיקוד	רחוב	בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
------	-------	------	-----	-----------	----------------	--------

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

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

בעל הפוליסה נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

חתימת בעל הפוליסה

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתו וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או חברות המקבוצה 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).

חתימת מועמד ראשי **חתימת מועמד שני** **חתימת בעל הפוליסה**

הסכמה לקבלת דיוור שנתי בדואר אלקטרוני

אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח הבריאות שעלי לקבל מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת: _____

בעל הפוליסה נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

חתימת בעל הפוליסה

מינוי מוטבים למקרה מוות - יש למלא בפוליסות סיעוד ותאונות אישיות

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קרבה	% חלק
			ז / נ		
			ז / נ		

שאלון ביטוחים קיימים ובחינת הצורך בהשוואת ביטוחים

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:

האם יש ברשותך פוליסת ביטוח בריאות (בסיס/נוספת/כתב שירות) תקפות מסוג _____ [סוגי התוכניות הרלוונטיות]?
[] לא [] כן, אם כן:

לצורך תהליך ההתאמה ניתן לקבל מהמועמד יפיוי כח לקבלת מידע אודות הפוליסה הקיימת, כגון: דף פרטי ביטוח, גילוי נאות, דוח שנתי אחרון, מידע מאתר האינטרנט אודות הפוליסה המקורית.

(בפוליסות פיצוי בלבד) מהו סכום הביטוח בפוליסה/ות הקיימת/ות? _____

אנא סמן את האפשרות הרלוונטית לגבי הפוליסה הקיימת:

[] להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת (בפוליסות פיצוי בלבד).	[] להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי.	[] להקטין את היקף הכיסוי/ סכום הביטוח בפוליסה הקיימת.	[] לבטל את הפוליסה הקיימת
האם תהא מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת באמצעות חברת הביטוח של הפוליסה המוצעת או סוכן הביטוח? [] לא [] כן באמצעות [] חברת ביטוח [] סוכן ביטוח מצורפת להצעה בקשת ביטול בגין הפוליסה הקיימת. כמו כן, אודה לקבלת עדכונים שיתקבלו בנוגע להליך הביטוח באמצעות כתובת דוא"ל: _____ @_____			
במידה ונקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, יכלול תהליך ההתאמה, לכל הפחות, השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית. מצורף להצעה: [] מסמך השוואה בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת.			

יש לסמן V בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מבוטח בנפרד.
 -חובה לרכוש עבור כל מבוטח לפחות אחת מתכניות הבסיס במסגרת חבילה או כתכנית בודדת (ראה תכניות בסיס)
 תפעול: יש לרכוש בכל פוליסה ביטוח יסודי 9194 ועבור פוליסה עצמאית עבור ילדים בלבד (מבוטח עד גיל 20 כולל) - 9195.

התאריך המבוקש להתחלת ביטוח: 01						
תכנית בסיס - תכניות בריאות						
מועמד ראשי	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן תפעול: 9017
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. תפעול: קוד 9019, אולם אם נרכש בנוסף כיו"י הבסיס תרופות + השתלות- להפיק ניתוחים בקוד מיוחד 9018.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב תפעול: קוד 9743 אולם אם נרכש בנוסף כיו"י הבסיס ניתוחים בישראל- להפיק תרופות בקוד מיוחד 9744.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל תפעול: קוד 9723, אולם אם נרכשו גם ניתוחים או תרופות- להפיק השתלות בקוד מיוחד 9722.

פירוט הכיסוי המבוקש – על פוליסות בריאות, תאונות אישיות ומחלות קשות בלבד
 *מצריך הצהרת בריאות

התאריך המבוקש להתחלת ביטוח: 01						
תכניות נוספות						
מועמד ראשי	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתנות להוספה על תכנית הבסיס או כנוספת לשילובים נבחרים ניתוחים בחו"ל 2016- ניתוחים בחו"ל והוצאות נלוות 9324
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוגדן כסויים ושירותים אמבולטוריים: 9986 לסמן את הפרקים הנבחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרק א': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986) פרק ב': יעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329) פרק ג': טיפולים פסיכולוגיים (8331)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תרופות אקסטרה 2016- 9742
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתב שירות אבחנה מהירה * 9985
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתב שירות רופא אישי 9987
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתב שירות רופא מומחה בקליק 9886
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתב שירות לא לבד * 9004
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתב השירות רפואה משלימה 9342

התאריך המבוקש על ידי המועמד לביטוח לתחילת הביטוח: / /						ביטוח תאונות אישיות
מועמד ראשי	בן זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הינך משתמש/ת ברכב דו גלגלי ממונע?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הינך עוסק/ת בספורט אתגרי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג ספורט אתגרי?
(1829) כיסוי תאונות אישיות לראשי בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ₪ בכפולות של 10,000 ₪ ועד מקסימום 500,000 ₪) (1822) כיסוי תאונות אישיות לשני בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ₪ בכפולות של 10,000 ₪ ועד מקסימום 500,000 ₪) (1821) כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה) (1823) כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000 ₪, מקסימום 250,000 ₪ ש"ח) הרחבות לפוליסת תאונות אישיות (3822) הרחבה לתאונות אישיות: O ראשון O שני O ילד 1 O ילד 2 O ילד 3 (5987) כתב שירות "ספורטיבי": O ראשון O שני O ילד 1 O ילד 2 O ילד 3						

אופציונאלי לגילאי 67-21	פיצוי שבועי כתוצאה מתאונה	פיצוי שבועי משופר לנכות תעסוקתית – מתאונה ומחלה (מחייב מילוי הצהרת בריאות מלאה)
מועמד	○ (1824) - מסלול 52 שב'	ש"ח (לא יותר מ-1000 ₪ לשבוע)
ראשון	○ (1828) - מסלול 104 שב'	
מועמד שני	○ (1824) - מסלול 52 שב'	ש"ח (לא יותר מ-1000 ₪ לשבוע)
	○ (1828) - מסלול 104 שב'	

יש לבחור מסלול פרמיה קבועה או משתנה ותקופת פיצוי * ניתן לרכוש עד 1,000 ₪ לשבוע בכל מוצרי הפיצוי בביטוח תאונות ביחד			
מועמד ראשון		מועמד שני	
<input type="checkbox"/> 52 שבועות	<input type="checkbox"/> 104 שבועות	<input type="checkbox"/> 52 שבועות	<input type="checkbox"/> 104 שבועות
פרמיה	תקופות המתנה	פרמיה	תקופות המתנה
<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה(1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה 7, ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה(1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה 7, ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה(1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה 14, ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה(1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה 14, ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 7, ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 7, ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 14, ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 14, ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 28, ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה(1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה 28, ימי תאונה

ביטוח סיעודי פירוט הכיסוי המבוקש (סמן ב-X)		התאריך המבוקש להתחלת ביטוח: / / 01	
<input type="checkbox"/> עתיר כבוד - פרמיה קבועה 5003 <input type="checkbox"/> סיעודי 360 - פרמיה קבועה 5009 <input type="checkbox"/> עתיר כבוד - פרמיה משתנה 5012 <input type="checkbox"/> סיעודי 360 - פרמיה משתנה 5015		התוכנית/ המועמד לביטוח תקופת פיצוי בשנים תקופת המתנה קצרה סכום פיצוי תקופת המתנה ארוכה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	
מועמד/ת ראשון/ה לביטוח	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
מועמד/ת שני/ה לביטוח	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
ילד 1	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
ילד 2	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
ילד 3	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
ילד 4	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 כל החיים		
*סכום ביטוח מקסימאלי: 10,000 ₪ לכל פוליסה. *גיל כניסה מקסימאלי – 60			

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה העולה על 180 יום אני מודעת/לך כי במהלך כל תקופת ההמתנה, אנא סמן את משך תקופת ההמתנה: <input type="checkbox"/> 36 / <input type="checkbox"/> 60 חודש או אחר _____ 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="checkbox"/> 36 / <input type="checkbox"/> 60 חודש או אחר _____ החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.		
חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד משני	חתימת מועמד מעל גיל 18

יש לסמן V בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מבוטח בנפרד ולבחור את סה"כ סכום הביטוח המבוקש עבור כל מבוטח בנפרד.
 -חובה לרכוש עבור כל מבוטח לפחות אחת מתכניות הבסיס במסגרת חבילה או כתכנית בודדת (ראה תכניות בסיס)
 -סה"כ סכום ביטוח מקסי' לרכישה עבור מבוטח בגין כל המסלולים במצטבר הינו עד: 600,000 ₪ למבוגר, 300,000 ₪ לילד

התאריך המבוקש על ידי המועמד לביטוח לתחילת הביטוח: / /						
תכניות בסיס - מחלות קשות 2016						
מועמד ראשי	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	מרפא ילדים 2016 (גיל כניסה לביטוח 0-20 כולל) קוד- 9834 סכום ביטוח: _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	מרפא ארד 2016 כיסוי ל 9 מחלות (גיל כניסה לביטוח 21)- קוד 9539 סכום ביטוח: _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	מרפא סרטן 2016 (גיל כניסה לביטוח 0-60 כולל) קוד- 9831
תכניות נוספות- תוספת מחלות לתכנית בסיס לתכנית בסיס מרפא ארד *סכום הביטוח שנבחר עבור תכנית מרפא ארד יחול על מרפא כסף וזהב במידה ונרכשו.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרפא כסף 2016 - קוד- 9541 תוספת של 8 מחלות למרפא ארד (סה"כ 17 מחלות) - מגיל 21
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרפא זהב 2016 קוד- 9542 תוספת של 23 מחלות למרפא ארד (סה"כ 32 מחלות) - מגיל 21

לא ניתן לרכוש תכנית נוספת ללא תכנית הבסיס מרפא ארד. יש לרכוש בפוליסה עצמאית ביטוח יסודי לבוגר 9194 ועבור פוליסה עצמאית עבור ילדים בלבד (מבוטח עד גיל 20) - 9195. מקרה ונרכש מסלול מסלול כסף/ זהב יש לרכוש את קוד ארד 9539 + קוד הכיסוי הנוסף (ארד/זהב)

<p>הצהרת בריאות מלאה □ במקרים בהם המועמד 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.</p>											
<p>אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:</p>											
ראשון		שני		שלישי		רביעי		חמישי		שישי	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
<p>1 גובה (בס"מ): משקל (בק"ג): האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? לילדים עד גיל 16 במקום פרטי גובה ומשקל האם הייתה התייעצות עם רופא/א אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון? לנשים: האם את בהריון: כן/לא</p>											
<p>2 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה, ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)</p>											
<p>3 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)</p>											
<p>4 האם הנך נוטל תרופות שגרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא לטיפול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)</p>											
<p>5 האם נקבעה לך נכות? (מה דרגתה) ו/או הינך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות? (לרבות נכות ממחלה) האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו? א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר?</p>											
<p>6 כמות ליום: מספר שנים: מועד הפסקת עישון: ב. אם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון לילדים מגיל 16 בלבד</p>											
<p>7 האם הנך צורך משקאות חריפים בכמות מעל 750 מ"ל משקה אלוהולי לשבוע (בקבוק יין או משקה כהלי אחר) ו/או מעל 7 פחיות / בקבוקי / כוסות בירה לשבוע? השאלה לבוגרים מגיל 18 בלבד</p>											
<p>8 האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים? 8.1 מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם, מומי לב מולדים. 8.2 מערכת העצבים והמחלואת: אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA, שבץ מוח) הפרעות קשב וריכוז? אוטיזם, תסמונת דאון? 8.3 מחלות מערכת העיכול, וושט, תריסרון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה. 8.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואידי), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונלית? 8.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שש דיאופטרויות? 8.6 מחלות והפרעות במערכות אף, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/נחירות)? סטיות במחיצת האף? 8.7 מחלות/כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים /ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? 8.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת? 8.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן? 8.10 מחלה ממארת (סרטן) גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? 8.11 מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA)? 8.12 מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב? 8.13 מחלות במערכת החיסון (אוסטוימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס? (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV) 8.14 מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הפנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות? 8.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פרייון? לילדים עד גיל 16: אשר טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פרייון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? לנערות מעל גיל 12: הפרעות מחזור, בעיית פרייון, קונדילומה? 8.16 בקע/הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?</p>											
<p>9 היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב-מחלות לב, סרטן, סכרת, שבץ מוחי? (נא לציין קירבה ומחלה)</p>											
<p>10 בנוסף לשאלות לעיל לילדים (עד גיל 18): א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילדים עד גיל 3-אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים ערכני מהרופא המטפל.</p>											

אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אגא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים. בנוסף, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית. רשימת שאלוני המשך בשאלות ובליקויים הבאים יש למלא שאלון המשך 4-נכויות/פציעות – 7, שאלון עישון/סמים ושתייה 9.1-, מחלות לב ויתר לחץ דם 9.3-, דרכי העיכול 9.4-, סוכרת 9.7-, גב, עמוד השדרה, פרקים, ארטריטיס, ראומטיזם 9.7-, בריחת סידן-יש להמציא בדיקת צפיפות עצמות אחרונה 9.8- דרכי הנשימה 9.10-, גידולים, מחלות ממאירות-סרטן, לוקמיה.

תאונות אישיות - הצהרת בריאות									
ילד 3		ילד 2		ילד 1		שני		ראשי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א. האם את/ה סובלת/מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?									
ב. האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידיות? האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?									
ג. האם יש לך נכות קיימת (לרבות ממחלה), קבועה או זמנית כלשהי מעל 20% ו/או האם הינך בהליכי תביעה כיום?									
הצהרה נוספת של הרוכשים פיצוי שבועי לאובדן כושר עבודה:									
ד. האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרט/י:									

הצהרת בריאות - לפוליסת סיעוד (כתוספת להצהרת הבריאות לפוליסת בריאות)											
מועמד ראשון		מועמד שני		מועמד שלישי		מועמד רביעי		מועמד חמישי		מועמד שישי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם הנך 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, בריחת שתן, שימוש בסופגנים, סטומה?											
4. האם הנך נעזר במכשור רפואי כלשהו(כגון: מקל הליכה, הליכון, כיסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?											
5. האם סובל מ- אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (בחמש השנים האחרונות), מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשינוי משקל, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה?											
6. האם התלוננת על בעיות זיכרון או מקבל טיפול כלשהו בבעיות זיכרון?											

הצהרת בריאות לכתב שירות לא לבד											
מועמד ראשי		מועמד שני		מועמד שלישי		מועמד רביעי		מועמד חמישי		מועמד שישי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם הנך חולה או שחלית בעבר במחלה ממארת, או קיבלת המלצה לעבור בדיקות לאבחון מחלה ממארת או גידול כלשהו (לרבות US, MRI, CT וכו'), או נמצא במעקב עקב מחלה ממארת או חשד למחלה ממארת, או עברת ביופסיה הומלץ על בירור רפואי או הנך מצוי כעת בבירור רפואי כלשהו (למעט בירור בנושא הריון, לחץ דם, שומנים בדם, סכרת או בעיות לבביות)?											
2. האם עברת טיפול להסרת גידול שפיר או ממאיר או טיפול לגידול טרום סרטני כלשהו?											
3. למועמדים מעל גיל 18 - האם הנך מעשן או שעישנת בעבר?											

הצהרת בריאות לכתב שירות אבחנה מהירה											
מועמד ראשי		מועמד שני		מועמד שלישי		מועמד רביעי		מועמד חמישי		מועמד שישי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. האם הנך כעת במהלך ברור תופעה או מחלה או שיעצו לך על ביצוע ברור/אבחון תופעה או מחלה וטרם הסתיים הברור/ האבחון?											

פירוט ממצאים חיוביים			
שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

הליך הצטרפות
 ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח ידוע ליל/לנו כי במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
 אני/ו מבקש/ים כי במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין)

הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן	
<p>○ 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 חותמת על ההצהרה בשם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.</p>	
גילוי נאות-למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן	
<p>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, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>2. 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).</p> <p>3. 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 הממועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p>	

הצהרות	
<p>מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <p>1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכלל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שייסר ו/או נמצא בחברה וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביני 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 שחובה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת ומבלי שביטולה של התכנית יגרם לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. 5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפטרופוס טבעי. 6. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותיי 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 והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. ידוע לי כי לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות, בכל עת, מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. 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 עמה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.</p> <p>8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירת המועמד לביטוח, הרשאי לבחור בהם או לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת. 9. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ אחרת בסיס.</p> <p>10. לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה נקובה בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש. 11. אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן +ברות הביטוח. 12. הריני לאשר כי הוצגו בפניי דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח. הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.</p> <p>13. א. ייתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח, נתונות בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד, 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 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" כ"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 עצובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל. שם- חותמת עד שהינו סוכן ביטוח:</p> <p>14. התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח: הריני לאשר כי בוצע על ידי סוכן הביטוח שלי התאמת הביטוח המוצע לצרכי. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים, כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח. במידה והיו לי ביטוחים קיימים הרלוונטיים לביטוח המבוקש, הריני לאשר כי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש ונכח זאת מצאתי את הביטוח המבוקש תואם את צרכי. הריני לאשר כי נמסר בידיי מסמך השוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש וכי ככל שמסמך השוואה הנו גם תלוי החיתום הרפואי במסגרת הביטוח המבוקש, ידוע לי כי עליי לקבל העתק גם מתנאים אלו כחלק מתהליך ההתאמה. אישור לתנאי החיתום לביטוח המבוקש, ככל שאישורו על ידי, יהוו אישור להתאמת הביטוח לצרכי, לרבות תנאי הביטוח המבוקש למול ביטוחים רלוונטיים קיימים אחרים שברשותי.</p>	

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד משני	חתימת מועמד מעל גיל 18
------------------	------------------	------------------------

אישור תנאי קבלה מיוחדים		
<input type="checkbox"/> (סמן X -לאחר אישור) אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המנה באופן כושר עבודה(במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.		
חתימת מועמד ראשון לביטוח:	חתימת מועמד שני לביטוח:	חתימת ילד מעל 18

פרטי גביה			
מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מס' זהות
אופן התשלום (סמן ב-√): ○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי			

אישור הסוכן	
<p>אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן/ת 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 המועמד 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.</p> <p>הצהרת הסוכן לברור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכי: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח כל הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת ל/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואמים לצרכי/הם.</p> <p>הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות(כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.</p>	
חתימת הסוכן	תאריך