

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

פרטי סוכן/יועץ		תאריך מבוטש לתחילת הביטוח 23/12/2021	
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מנהל עיסקי	מס' פוליסה
יגאל פיצחזה	51492	8177885012	

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	טיקטין	אמיר	057473944			ז	נ	נ	17/04/1962
מועמד שני	טיקטין	צביה	024535569			ז	נ	נ	12/12/1969
ילד ראשון						ז	נ	נ	
ילד שני						ז	נ	נ	
ילד שלישי						ז	נ	נ	
ילד רביעי						ז	נ	נ	

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בנר (מעל גיל 18) וציין איך תראה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי מאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)					
מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל - חובה למלא	אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת)	דואר אלקטרוני
מועמד ראשון/ בעל פוליסה	0506874672	amir@tiktin.com	רחוב סירני 31	<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל	
מועמד שני	0526868672		רחוב סירני 31	<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל	
ילד בוגר - שם:				<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל	

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

פרטי מוטבים

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יועדכו מוטבים על פי דין.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה)

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 מהקבוצה 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 יועדכו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

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

אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X:

☐ מועמד ראשי ☐ מועמד שני ☐ ילד ראשון ☐ ילד שני ☐ ילד שלישי ☐ ילד רביעי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של נטין

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 שההורים המושלם יוגדר כבער לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בער נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בער" דימיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אינני.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קט"ן, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

X	X	X
י"ד כג	חתימת מועמד שני	חתימת מועמד ראשון

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?	נמעמד 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	○	○	○	○	○	○
ניתוחים קו כסף/ קו מהיר עם שיפוי/ משתלם פלוס	ניתוחים אחידה / משתלם פלוס (9018/9019/9020)	לא	✓	○	○	○	○	○
ניתוחים קו כסף/ שב"ן/ קו מהיר / משתלם פלוס	שב"ן (9017)	לא	○	○	○	○	○	○
תרופה	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	כן	✓	○	○	○	○	○
סגולה/ סגולה מורחבת / סל זהב שנמכר לפני 2016	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	לא	✓	○	○	○	○	○
השתלות בסיס	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722 / 9723)	כן	○	○	○	○	○	○
השתלות ועוד/ מורחב/ מוגדל/ בינלאומי/ השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)	לא	○	○	○	○	○	○
עולמי / ניתוחים בחו"ל	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	לא	✓	○	○	○	○	○
אמבולטורי נספח בין 2014-2016	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא	✓	○	○	○	○	○
אמבולטורי נספח טרם 2014	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא	○	○	○	○	○	○
תרופות אקסטרה נספח טרם 2016	תרופות אקסטרה (9742)	כן	○	○	○	○	○	○
בריאות כמו גדול/ בריאות כמו גדול פלוס	ייעוץ אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד	לא	○	○	○	○	○	○
אחר: _____	אחר: _____	תנאי חיתום עפ"י המקובל בחברה	○	○	○	○	○	○

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

כיסוי קיים	כיסוי חדש מבוקש	מסומד ראשון	מסומד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
מרפא ארז, כסף, זהב/ פלטינה/ יתרון / ילדים/ אחר	מרפא (8542, 8543, 8544)	○	○	○	○	○	○

***מדרשת הצהרת בריאות מלאה** - החיתום החדש יבוצע יחד עם 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)

שם הספר	סוג תכנית	גילאי כניסה	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
יש לסמן X בתכנית/תכנית/ עבור כל מועמד בנפרד.								
ניתוחים באמצעות גוף שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9019/9018)	בסיס	0-70						
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	נוספת	0-70						
תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב (9743/9744)	בסיס	0-70						
תרופות אקסטרה (לבעלי כיסוי סל הזהב בלבד) (9742)	נוספת	0-70						
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)	בסיס	0-70						
שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	נוספת	0-70						
ניתוחים באמצעות גוף שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משתלמים פלוס (9020)	בסיס	0-70						
ניתוחים באמצעות גוף שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן (9017)	בסיס	0-70						
כתב שירות אבחנה מהירה (8985)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות לא לבד (9004)	נוספת	ללא הגבלה						
ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)	נוספת	0-20						
כתב שירות רופא אישי (9987)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות רפואה משלימה (9342)	נוספת	ללא הגבלה						
טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל (9980)	נוספת	0-70						
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)								
ביטול סייג תאונות עבודה	נוספת	18-67						
ניתן על פוליסות מלפני 2014 (1597)								
ביטול סייג תאונות דרכים וטרור	נוספת	0-90						
ניתן על פוליסות מלפני 2004 (260)								

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

שם לציין סלום בייחוד עבור כל מועמד לביטוח בפרד									
סוג תכנית	גילאי כפיסה	הצהרה גדרשת*	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	
מפרא (8544, 8543, 8542)	בסיס	0-64	א' + ב'	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
מפרא סרטן (9831)	בסיס	0-64	א'	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח

*הצהרת בריאות מחלות קשות

הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציינה בטבלה שלהלן:

[illegible]

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את והצהרת הבריאות)													
מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית דו"ק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דם וזימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.													
במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך סביעת תנאי הקבלה לביטוח.													
תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה - מעבר ל-60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.													
1. פרטים כלליים													
שם המועמד לביטוח		אמיר טיקנין		צביה טיקנין		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
למילוי מגיל 16		גובה (בס"מ)		172		165							
		משקל		70		60							
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 תלית ו/או אבחנת או טבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ה/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי													
3.1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? (9)*													
3.2 מערכות העצבים והמח 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?													
3.3 מחלות מערכת העיכול לרבות, וטס, תרסיריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? (6)*													
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלבב-פנקריאס, בבולטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? (1)*													
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטיות?													
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? (2)*(3)*													
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? (4)*													
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, נידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? (7)*													
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"פ פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? (8)*													

המשך הצהרת בריאות									
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
3.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פרוין, אשך טמור? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: לרבות, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פרוין?									
3.16 בקע/הרניה לרבות, מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי?									
3.17 ילדים עד גיל-3 אם נולד פגז במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.									
4. שאלות נוספות									
4.1 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש השנים האחרונות?									
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?									
4.3 האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?									
4.4 האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה?									
הצהרת בריאות מחלות קשות מרפא סריקן 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 (קבוצות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ורנצאות בדיקות דמיות מיוזמות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות. - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח. - חוקק הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל-60 יום - מדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.									
1. פרטים כלליים									
שם המועמד לביטוח אמיר טיקטין צביה טיקטין									
חלק א'									
1 האם הנר מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? מגיל 16									
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)									
2.1 סרטן									
2.2 סכרת סוג 1									
2.3 סכרת סוג 2									
2.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, גיון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון									
2.5 לב									
3 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן בחמש השנים האחרונות?									
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?									
4.1 מחלה או גידול ממאיר (סרטן) לרבות BCC, SCC, גידול סרום סרטני, גידול שפיר? (7)									
4.2 קרוהן, קוליטיס, קיבה, מעיים, ושת, כבד, גושה, שחמת הכבד, צהבת, דם בצואה? (6)									
4.3 דיכוי חיסוני לרבות איידס (HIV), מושתל איברים?									
5 גובה ומשקל - למילוי מגיל 16 גובה (בס"מ) 172 165 משקל 77 60									

המשך הצהרת בריאות מחלות קשות פרק ב'													
מחלת ראשון		מחלת שני		מחלת ראשון		מחלת שני		מחלת ראשון		מחלת שני		מחלת ראשון	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
חלק ב' - המשך הצהרת בריאות בעת רכישת כסות מרפא													
6 האם הנר צורך בטיפול קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?													
7 האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת/וא עברת ניתוח/וא הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות ניתוח קוסמטי?													
8 האם הינך נוטל/וא הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?													
9 האם חלית/ואו אבחת/ואו סבלת מאחת מהמחלות/ואו התופעות/ואו המומים/ואו הפרעות/ואו בוצע הליך רפואי?													
9.1 מחלות לב, כלי דם ומערכת הדם לרבות: אינוסה/רשרוש בלב/יתר לחץ דם, הפרעות בקרישת הדם? (9)*													
9.2 מערכת העצבים והמה לרבות: אירוע מוחי/שבץ מוחי, אוטיזם, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת, טרשת נפוצה, רעד, פוליו, פרקינסון, תסמונת דאון, שיתוק מוחין, גידולי מוח?													
9.3 מחלות חושים (ראייה, שמיעה) לרבות משקפיים (מספר העדשות 8 ומעלה) וליקוי שמיעה?													
9.4 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות? (4)*													
9.5 מחלות אורטופדיות/ראומטולוגיות לרבות מחלת מפרקים, לופוס/זאבת, בריחת סידן, בעיות במפרקי ברכיים, ירכיים, כתפיים, שברים באגן?													
9.6 מחלות והפרעות במערכת הכליות והשתן לרבות דם או חלבון בשתן?													
הצהרת בריאות לכתב שירות לא לבד													
(מועמד לביטוח מעל 18 ומלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)													
1 האם חלית או הינך חולה במחלה ממארת/ואו הינך נמצא בבירור רפואי/וא הומלץ לך על בירור רפואי/ואו הינך נמצא במעקב עקב חשד למחלה ממארת/ואו עברת ביופסיה?													
הצהרת בריאות לכתב שירות לנבחה מהירה													
(מועמד לביטוח מעל 18 ומלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)													
1 האם הינך נמצא בבירור רפואי או הומלץ לך על בירור רפואי עקב תופעה/ואו מחלה וטרם הסתיים הבירור/ואו האבחון?													
(*) - בעת מתן מענה חיובי, נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המופר המצוין בסוגריים.													
בנוסף, בעת מענה חיובי לדחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.													
פירוט ממצאים חיוביים													
שם המועמד													
מספר שאלה													
אבחנה / מחלה / בדיקה													
תאריך													
חתימה מועמד ראשון													
חתימה מועמד שני													
23/12/2021													

הליך התאמת צרכים

- בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פניה 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 ונכח 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 הצטרפותי לביטוח.
- נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיות הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים ובבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכנית הביטוח.

שאלון ביטוחים קיימים	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח בחברה אחרת (לא בהפניקס) מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להחליף/להקטין/להגדיל במסגרת טופס שינויים זה	<input checked="" type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא
להחליף את הפוליסה ללא שינוי*	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
להקטין בפוליסה כסום ביטוח בפוליסת פיצוי*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
לבטל את הפוליסה/ כיסוי קיים**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
במידה ומועמדים לבטל - יאופו הגשת הביטוח * ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח, אנו מאשרים כי דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספת והקיימת.						
** יש לציין את נוסף ג' - הוצעת ביטוח מלאה וחלומה (לכבות מספרי הפוליסות אחרות) ולבטל (וחלומה, בלעדית לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה, לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לנודד מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא יזכרו ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.						
	X					X
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני					
	ילד בינוי					

הצהרות המועמד לביטוח

הצהרות להסרת

ייתכן רצף ביטוחי, לרבות עניין מניין תקופת אכסרה 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 ייתכן 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 לרצף ומשיכו לחול גם על אותם כיסויים ביטוחיים בפוליסה החדשה או המעודכנת, אם וכאשר יחולו הגבלות ואו תנאים מיוחדים חדשים בנספח הודש יחולו על הכיסוי הביטוחי העולה בהיקפו על הכיסוי הקיים במועד השדרוג.

הצהרות להסרת כיסוי

מחליפי ניתוח - ידוע לי ואני מסכים כי ההחרגות ואו התוספות הקיימות בביטוח הניתנים בישראל שברשותי, יחולו בהתאמה על כיסוי טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובח"ל.

הצהרות המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדלקמן:

ידוע לי שחברותינו במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, זו הינה תנאי הכרחי ומחויב לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוסית/סבעית.

נילוי 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 העי"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 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. 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 הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמבוטח לא רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדלקמן:

הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח

הצהרות המועמד לביטוח - המשך

הצהרות נוספות

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

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות וכן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום הנמוך לביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
- 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 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 והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
- 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 עשוי להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- 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 שהבטול יותנה בבטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרם לביטולה 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 תהיה רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותירה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית בסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- ידוע לי כי הספיק כסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבהירתי ואני רגיל לבחור בהם א לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות** - תקופת הביטוח הינה נקובת בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה נעשה ביום 1.6.2020 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרטיות 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, למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח וישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסנפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותי על סודות זה כלפי "הפניקס" ולא תהיה לי אליכם, כל טענה או תביעה נוספת כלשהי בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי ההוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים נוספים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
- ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מיובקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח ידוע לי ואני מאשר כי במקום בו 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 להשלמת תהליך החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
- הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת** - הנני ☐ לא מסכים ☐ מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים נוספים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שככל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

אישור הסוכן

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת מצהיר/ת בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסיפיה, את ההוצאות 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 תהליך הבירור המפורטים בטופס הצטרפות זה, ביצעתי למועמד/ים לביטוח תהליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכן פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעתי לו 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 לתואם לצרכיו. במקרה בו יקבעו למועמד לביטוח חחרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של תהליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי עלי לבצע גם השוואה בין ההחרגות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת ולקבל את אישורי טרם הצטרפות לביטוח.

הרני לאשר כי:

מסרתי למועמד לביטוח העותק של מסמך התאמת הצרכים.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרטיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם.

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

23/12/2021	יגאל פיצחזה	034461938	
תאריך	שם הסוכן	ת.ד.	חתימת הסוכן