

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח

יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שיוצג בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה. תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח ע"י המבטח ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור חברי ארגון סגל ההוראה בטכניון ובני משפחתם כולל הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- חבר קיים /או בני משפחתו המבקשים להצטרף לביטוח.
- חבר חדש /או בני משפחתו אשר מצטרפים לאחר 120 יום מיום תחילת עבודתו.
- בן/בת זוג שנישא לחבר מבוטח ומצטרף לאחר 120 יום ממועד הנישואין.
- תינוק שנולד לחבר מבוטח, המצטרף לאחר 180 יום מיום הלידה.
- מבוטח שביטל את הביטוח מיוזמתו וכעת מבקש להצטרף שוב לביטוח.

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

תאריך תחילת העבודה: ____ / ____ / ____

מס' עובד _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

רובד בסיס:

השתלוח /או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוח ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל,

רובד הרחבה:

ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (מסלול שקל ראשון ללא השתתפות עצמית) או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית) או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪), שירותים אמבולטוריים, כתב שירות רפואה משלימה.

רובד הרחבה: בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל			רובד בסיס	שב"ן	קופת חולים	תאריך לידה	מין	מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	
משלים שב"ן עם השתתפות עצמית ₪ 5,000	משלים שב"ן כולל שירות ביטוח	מסלול מלא שקל ראשון									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	במימון מעסיק כולל גילום	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				חברה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד עד גיל 25 *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד מעל גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד מעל גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד מעל גיל 25

*קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חנים- ההטבה הינה \ למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול. (רובד בסיס ורובד הרחבה ייחשבו כל אחד כמסלול נפרד).
ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

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			אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת)**
			רחוב	מס' בית	יישוב	
חברה/						<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
בן/בת זוג						<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> 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*.**

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברה ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות מהקבוצה (כהגדרתה להלן) ו/או אצל גורם אחר מטעמה ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, והכל לצורך השימושים הבאים, של מי מחברות הקבוצה: צרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים לרבות עיבוד המידע, צרכים שיווקיים, סטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר, ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, בפניה בכתב, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה.

("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר).

חתימות	חברה/	בן/בת זוג	ילד בגיר
	X		X
תאריך:		תאריך:	תאריך:
ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
תאריך:		תאריך:	תאריך:

הצהרות המועמד לביטוח

הצהרת המועמד לביטוח אשר מבקש להצטרף לתכנית ניתוחים בישראל

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

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

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 הפרש 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 המבטח 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. ברות ביטוח -בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי' מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמועמד לביטוח מבקש להצטרף לכיסוי ניתוחים בישראל "שקל ראשון" הוא מצהיר כדלקמן:

1. 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 קופות החולים. הוצע לי תחילה לרכוש כיסוי משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח ורק לאחר מכן הוצע לי לרכוש אפשרות של ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.

2. ידוע לי והנני נתן בזאת את הסכמתי, כי היות והצטרפתי לביטוח לאחר כניסת הרפורמה בבריאות לתוקף, במועד חידוש הפוליסה הקרוב (יוני 2024) הפניקס לא תעביר אותי ואת יתר המועמדים לביטוח בהצעה זו לפוליסת ניתוחים בישראל מסוג משלים שב"ן.

3. ידוע לי כי בהתאם להוראות הדין, במקרה בו אבחר לבצע ניתוח במסגרת תכנית השב"ן על ידי רופא שהינו בהסדר ניתוח עם הפניקס והנני זכאי לכיסוי הביטוחי בגין הניתוח בהתאם להוראות הפוליסה, הפניקס תשלם לקופת החולים את עלות הניתוח, למעט ההשתתפות העצמית.

4. ידוע לי כי לצורך יישום הוראות אלו, רשות שוק ההון תפעיל ממשק מקוון ומאובטח בו קופות החולים והפניקס יעבירו ביניהם את המידע הנדרש ובכלל זה: פרטים מזהים אודותיי, את מועד תחילת הביטוח בתכנית זו וכי ייתכן ותידרש למסור מידע נוסף במסגרת השגה והכל בכפוף וכפי שקבעו הוראות הדין.

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:

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 שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
4. הרשות בדיכום להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי. **ידוע לי כי כל האפוטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.**
6. **ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ולאו לעובדיה הרפואיים האחרים ולאו למוסדותיה הרפואיים ולאו לסניפיה ולאו לשלטונות זה"ל ולאו למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולאו לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמול בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, "על מצב בריאותי ולאו על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולאו שהנני חולה בה כעת ולאו שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ולאו כל עובד רפואי אחר ולאו מוסד ממוסדותיכם ולאו 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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
7. **העברת נתונים אודות מוצי הביטוח שלי לאתר האוצר:**
ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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 דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל "הר הביטוח".
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
8. **עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין:**
רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים 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 פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il ובמידע אישי.
לידיעתך, 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.
9. **פרטי מוטבים –** ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
10. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים –** הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת לצורך פרסום ודיור שיווקי מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות של הצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים. וזאת בין היתר גם באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר.
ידוע לי שהסכמה זו ניתנת מרצוני ושכלל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה בכתב או בדרך שבה שוגר אליי דבר הפרסומת.
("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמול בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר). **לא מסכים**

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק. ידוע לי כי המעסיק מממן את הפרמיה עבורי עבור רובד הבסיס בלבד כולל גילום המס. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי להרחבה והפרמיה עבור בני משפחתי ינוכו באמצעי גביה אישי.

חתימות	עובד/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

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 בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד ראשי		מועמד משני		שאלון הצהרת בריאות 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:
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
												1. גובה (בס"מ) משקל (בק"ג)
												2. האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה) ו/או בדיקות אבחנתיות והדמיה כגון: CT, MRI, אולטרה סאונד אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)
												3. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?
												4. האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)
												5. האם הנך נוטל תרופות שגרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)
												6. האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הנך 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?
												7. א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____ מספר השנים _____ ב. אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי היתה הפסקת העישון _____
8. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים:												
												8.1 הפרעות מחלות לב, מומי לב מולדים, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם (כולסטרול), כלי דם, דליות?
												8.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי, טרשת נפוצה, אפילפסיה, רעד, כאבי ראש כרוניים, מיגרנה, אוטיזם, תסמונת דאון, הפרעות קשב וריכוז?
												8.3 מחלות והפרעות מערכת העיכול, ושט, תריסריון, קיבה מעיים, טחורים, פיסורה, כבד, כיס המרה?
												8.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, לבלב, טחול מוגדל, בלוטת התריס, חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?
												8.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, הרכבת משקפיים מעל מספר שמונה?
												8.6 מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה, נחירות, סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה?
												8.7 מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/רואטולוגיה, דלקות פרקים, ארטריטיס, כאבי גב כרוניים, 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), לוקמיה, מיאלומה, לימפומה: מלנומה, BCC, גידולים שפירים, ציסטות?
												8.11 מחלות מערכת הדם, אנמיה, הפרעות בקרישת הדם, תת או יתר קרישיות בדם?
												8.12 מחלות ותופעות בעור, שומות במעקב, המנגיומה?
												8.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, פיברומיאליגיה, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?
												8.14 בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?
												8.15 מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?

המשך שאלון הצהרת בריאות													
אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים המומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:													
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד ראשי		מועמד משני			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
												8.16	מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פרייון? לילדים עד גיל 16: אשך טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד?
												8.17	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 עד גיל 16: הפרעות מחזור, בעיות פרייון, קונדילומה?
בנוסף לשאלות לעיל:													
												9.	לילדים (עד גיל 18): א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילדים עד גיל 3 – האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.

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

	X	ילד בגיר	X	בן/בת זוג	X	חבר/ה	חתימות
		תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	
		תאריך:		תאריך:		תאריך:	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דינרס / אחר

--	--	--	--	--

תוקף הכרטיס עד

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר כרטיס:

שם בעל/ת הכרטיס _____ מס' זהות _____ חתימת בעל/ת הכרטיס _____ X

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון – תנאי הסדר תשלומים

- בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבונך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
- אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
- ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכונד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
- החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכום הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום. בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך: _____

מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק											
קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)														

לכבוד

בנק _____

סניף _____

("הבנק")

0 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

0 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

0 תקרת סכום החיוב: _____ ₪

0 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____ / _____ / _____

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ _____

מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")

שם בעל/י 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).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

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 ע"י הוראת כל דין.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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/ם 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/ו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

3. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

_____ X

חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן

_____ X

חתימת בעל/י החשבון

תאריך _____

אישור הסוכנות

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני. / /

תאריך _____ שם הסוכנות _____ מס' הסוכנות _____ חתימה + חותמת סוכנות/ות _____

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנות, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

אישור הבנק

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

ת.ד. 2533 תל אביב 61253

מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק											
קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)														

קבלנו הוראות מ _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/כם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

_____ X _____ שם הבנק _____ מספר סניף _____ חתימה וחותמת הבנק _____ תאריך _____