

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח

יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שיצוין 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 הקיבוץ הדתי ובני משפחתם כולל הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- חבר/תושב קיים ו/או בני משפחתו המבקשים להצטרף לביטוח.
- חבר/תושב חדש ו/או בני משפחתו אשר מצטרפים לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתו.
- בן/בת זוג שנישא לחבר/תושב מבטח ומצטרף לאחר 90 יום ממועד הנישואין.
- תינוק שנולד לחבר/תושב מבטח, המצטרף לאחר 90 יום מיום הלידה.
- מבטח שביטל את הביטוח מיוזמתו וכעת מבקש להצטרף שוב לביטוח.

נא הקף בעיגול: חבר/ תושב/ תושב חוץ

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

תאריך תחילת החברות: ____ / ____ / ____

שם הקיבוץ: _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

השתלול ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוח ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪, שירותים אמבולטוריים.

פרטי המועמדים לביטוח

אני/אנו החתומים מטה, מועמד/ים לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח פונים אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס/החברה") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל		שב"ן בקופ"ח	קופת חולים	תאריך לידה	מין	מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	
משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית								
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				חבר/תושב
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				בן/בת זוג
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 22
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 22
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 22 *
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 22
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 22
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 22
☐	☐	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 22

* 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.

ילד הינו עד גיל 22 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבטח בפוליסה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 22 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 22) 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	
חבר/תושב						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל
בן/בת זוג						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל
ילד בגיר- שם:						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל

**** בכל 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 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/ במידע האישי אשר ניתן להיכנס אליו דרך אתר החברה) 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, דיור ישר ושירותי דיור ישר, 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	עחבר/תושב	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	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 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. 2. 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). 3. 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 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. 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 מזוהים אודותי, 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:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכל 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 שחוזה 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 כאפטרופוס טבעי. ידוע לי כי כל האפטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.
- 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 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 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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
- 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 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.
- 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 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.
- פרטי מוטבים – ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעדוכנו מוטבים על פי דין.
- הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים - הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת לצורך פרסום ודיוור 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 ושכל 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 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). ☐ לא מסכים

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של בעל הפוליסה.
לחבר/תושב הקיבוץ ובני משפחותיהם הקשורים לבעל הפוליסה- מימון מלא של בעל הפוליסה.

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

המשך הצהרת הבריאות											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.10 גידול שפיר או ממאיר (סרטן), לרבות גידול טרום סרטני, SCC, BCC, CIN, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.11 מחלות מערכת הדם, לרבות הפרעות בקרישת הדם, כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA, טחול מוגדל, אנמיה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 בקע/ הרניה, לרבות מפשעתי, בטני, טבורי וסרעפתי?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.15 מחלות נפש שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.16.1 ילדים עד גיל שנה האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.16.2 ילדים עד גיל 18- האם קיימות הפרעות התפתחות וגדילה, האם הומלץ או הינך במעקב גובה/ קומה נמוכה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.16.3 בנים עד גיל 18- האם קיימת אבחנה לאשך טמיר?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.17 למילוי מגיל 18 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, לרבות הגדלה של ערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריין?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, לרבות אנדומטריוזיס, ממצאים בצוואר הרחם, CIN, רחם שרירני, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, ציסטות בשד, ציסטות בשחלות, קונדילומה, פפילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריין, האם הנך בהריון?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. שאלות נוספות

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.1 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן ב- 5 השנים האחרונות?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי, לרבות ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר ב- 10 השנים האחרונות?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3 האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע ב- 3 שנים האחרונות?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4 האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות, לרבות נכות ממחלה או תאונה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

פירוט ממצאים חיוביים- בעת מתן מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט מטה את פירוט הממצאים.

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')

חתימות	חבר/תושב	בן/בת זוג	ילד בגיר	ילד בגיר	תאריך: