

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח

יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שצוין 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 לילדים בוגרים של חברי הקיבוץ הדתי ובני משפחתם כולל הצהרת בריאות (דור ב' - חתן/כלה/נכד)

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- ילד בוגר ובני משפחתו (חתן/כלה/ילד) המצטרפים לפוליסה בכל עת.

* עובד/ בן משפחה אשר החל תהליך הצטרפות לביטוח במהלך תקופת הביטוח הקודמת ולא השלים את הליך הצירוף ו/או נדחה מהביטוח ו/או לא חתם על אישור תנאים כפי שנדרש, יוכל להגיש מועמדות לביטוח בכפוף למילוי טופס הכולל הצהרת בריאות וחיתום.
האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

פרטי החברה											
שם משפחה		שם פרטי		מס' תעודת זהות		מס' עובד		מועד תחילת עבודה			

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית	
השתלוח ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוח ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן ללא השתתפות עצמית או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ש"ח, שירותים אמבולטוריים.	

פרטי המועמדים לביטוח								
אני/אנו החתומים מטה, מועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או המועמדים לביטוח פונים אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס/החברה") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:								
שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.	מין	תאריך לידה	קופת חולים	שב"ן בקופ"ח	משלם שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪	
			נ □ ז □			כן □ לא □	□	ילד/ה בוגר/ת
			נ □ ז □			כן □ לא □	□	בן/בת זוג
			נ □ ז □			כן □ לא □	□	נכד/ה
			נ □ ז □			כן □ לא □	□	נכד/ה
			נ □ ז □			כן □ לא □	□	נכד/ה

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	
ילד/ה בוגר/ת						☐ 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 ישיר ושירותי דיור 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 צרכי בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהינה 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	ילד/ה בוגר/ת	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

- 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.
- 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).
- 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 הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

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

- 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.
- 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 מזהים 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 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 שכלל שלא נעשה כן, 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 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.
- 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.**
- 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 צה"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 שתידרש 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 מרפאים ולאו כל עובד רפואי אחר ולאו מוסד ממוסדותיכם ולאו 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 עזבוני 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 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.
- 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.
- פרטי מוטבים – ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.**
- הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים –** הנני מסכים כי המידע אודותיי 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 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 על הפוליסה.
הצטרפות וולנטרית באמצעי גבייה אישי.

חתימות	ילד/ה/ בוגר/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרת בריאות מלאה (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 (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות. - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח. - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה- מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה. - אם התשובה היא "כן" יש למלא בטבלה מטה – "פירוט ממצאים חיוניים"													
1. פרטים כלליים													
שם המועמד לביטוח													
למילוי מגיל 14													
גובה (בס"מ)													
משקל (בק"ג)													
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 למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרובי משפחתך מדרגה ראשונה בלבד (אב/אם/אחות), אחת או יותר מהמחלות הבאות לפני גיל 60 (כולל): מחלות לב, מחלות דם, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן השד, סרטן הערמונית, סרטן אחר, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, אירוע מוחי.													
2.3 האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)?													
2.4 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ- 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?													
3. האם חלית ו/או אובחנת או סבלת במהלך חיך מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?													
3.1 מחלות לב, כלי דם, לרבות יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב לב, הפרעות במסתמים, קריש דם, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, דליות ברגליים?													
3.2 מערכת העצבים והמוח, לרבות אירוע מוחי כגון CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, פיגור שכלי, שיתוק מוחין, פולין, אפילפסיה, רעד, ירידה בזיכרון, כאבי ראש כרוניים, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?													
3.3 מחלות מערכת העיכול, לרבות ושט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, גושה, כיס המרה, ניתוח בריאטרי- קיצור קיבה, דם סמוי, פוליפים במעי, טחורים, פיסורה?													
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, לרבות בלבול, בבולטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סוכרת, יתר שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה?													
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, לרבות משקפיים (מספר עדשות 8 ומעלה)?													
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף אוזן גרון, לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, אדנואידים, פגיעה במיתרי הקול, דום הנשימה, בעיות בלסת?													
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד, לרבות פיברומיאלגיה, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, ברית סידן, אוסטאופורוזיס, הלוקס וולגוס, תסמונת תעלה קרפלית, האם היו שברים ב- 3 השנים האחרונות?													
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, לרבות אסטמה, COPD /אמפיזמה, שיעול ממושך מעל 3 שבועות, שיעול דמי?													
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות, לרבות דרכי השתן, אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?													

המשך הצהרת הבריאות											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	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"פ פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.16 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 שרירי, 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 חיוניים- 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	עובד/ת	כן/בת זוג	ילד בגיר	X
תאריך:		תאריך:		
ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	X
תאריך:		תאריך:		

[illegible]

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

[illegible]

--	--	--	--

מס' זהות

_____X

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

1. בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס החברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספתיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבונוך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
2. אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
3. ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעלי החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר ה"נ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
4. 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										סינף		בנק					
שם המוסד (המוטב)										קוד המוסד (המוטב)		1		1		6	
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)																	

בנק

סניף

("הבנק")

0 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגב

0 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהן

0 תקרת פנורמה החיור:

0	מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום
9	תוקף שלטון הוראה

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 בחשבונו/ה הנ"ל ("**החשבון**") הרשאה לחיוב חשבונו/ה, בסכומים ובמועדים שיומצאו להם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה 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 עפ"י הוראת כל דין.
 - ג. אהיה/ נהיה/ רשאי/ם לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו/ בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, יזיכוי יעשה 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 שבינינו לבין המוטב.
 - ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - ז. אם תענו לבקשתנו/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
3. אני/אנו מסכימ/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

תאריך

חתימת בעל/י החשבון	תאריך
--------------------	-------

אישור הסוכן/ת

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 הסוכות	מס' הסוכות	חתימה + חותמת סוכן/ות
* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.			

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

אישור הבנק

[illegible]

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

ת.ד 2533 תל אביב 61253

קבלנו הוראות מ _____-לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם 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 לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

X			
חתימה וחותמת הבנק	מספר סניף	שם הבנק	תאריך