טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי
עבור חברי אופק- אגודת אשראי שיתופית בע"מ
ובני משפחתם
כולל הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

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 זה מיועד עבור:

- חבר קיים ו/או בני משפחתו המבקשים להצטרף לביטוח.
- חבר חדש ו/או בני משפחתו אשר מצטרפים ממועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה.
- **בן/בת זוג שנישא/שהפך לידוע בציבור לחבר** מבוטח ומצטרף במהלך תקופת הפוליסה החדשה.
- **תינוק** שנולד (או אומץ כחוק או נולד בפונדקאות ונרשם כחוק) לחבר מבוטח.
- **מבוטח שביטל את הביטוח מיוזמתו** וכעת מבקש להצטרף שוב לביטוח.

***הצטרפות בני המשפחה מותנית בהצטרפות החבר עצמו.**

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

תאריך תחילת החברות: _____ / _____ / _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

רובד בסיס:
השתלות ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל,

רובד הרחבה א':
ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (מסלול שקל ראשון), או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן (ללא השתתפות עצמית), או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן (עם השתתפות עצמית 5,000 ₪), שירותים רפואיים אמבולטוריים : יעוץ ובדיקות.

רובד הרחבה ב':
שירותים רפואיים אמבולטוריים: קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי, רפואה משלימה, החזר הוצאות בעת גילוי מחלה קשה, טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים, טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה 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:

	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז	מין	תאריך לידה	קופת חולים	שב"ן בקופ"ח	רובד בסיס	רובד הרחבה א' בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל			רובד הרחבה ב'
									מסלול מלא שקל ראשון	משלים שב"ן ללא ה"ע	משלים שב"ן עם ה"ע 5,000 ₪	אמבולטורי
חבר/ה				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
בן/בת זוג				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד עד גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד עד גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
***ילד עד גיל 22**				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד עד גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כ ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד מעל גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד מעל גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐
ילד מעל גיל 22				☐ז ☐ נ			☐כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐	☐

***קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם-** 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 מסלול נפרד).

ילד הינו עד גיל 21 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 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/ה						☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר ישראל
בן/ת 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 להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**החברה**") ו/או ייאסף אודותיי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "**המידע**"), יישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית** על ידי החברה ו/או מי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול כל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין.

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע, אך ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם.

כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה או לחברות הקבוצה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותיי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדוייק.

ידוע לי שאוכל לבקש בכל עת, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה עמה התקשרתי, על ידי עדכון באזור האישי (תחת עדכון פרטים אישיים – ניהול הסכמות) וכן באמצעות פנייה לחברה בכל אמצעי ההתקשרות הקיימים בחברה.

* "**הקבוצה**"- הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב ע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ , אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

** "**בינה מלאכותית**" – עיבוד מידע באמצעות מערכות בינה מלאכותית כפי שיעודכן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

חתימות	חבר/ה	✗	בן/בת זוג	✗	ילד בגיר _____	✗
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗
	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 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).
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 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 מזהים אודותיי, את מועד תחילת הביטוח בתכנית זו וכי ייתכן ותידרש למסור מידע נוסף במסגרת השגה והכל בכפוף וכפי שקבעו הוראות הדין.

הצהרות נוספות למועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזאת כדלקמן:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל 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 בידיכם 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 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 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, מחלותיי 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 עזבוני 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 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.

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 ודיוור שיווקי מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות של הצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים 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 ושבכל 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 פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות ונייר ערך בע"מ.

☐ **לא מסכים**

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.

ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי לרובד הבסיס ולרבדי ההרחבה ינוכו באמצעי גביה אישי של חבר האגודה .

חתימות	חבר/ה	✗	בן/בת זוג	✗	ילד בגיר _____	✗
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗
	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 חיוביים"**

		מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1.	**פרטים כלליים**						
	שם המועמד לביטוח						
	למילוי מגיל 14 גובה (בס"מ)						
	משקל (בק"ג)						

		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
2.	**שאלון מבוא כללי**												
2.1	**למילוי מגיל 16** 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/אח/אחות), אחת או יותר מהמחלות הבאות עד גיל 60 (כולל): מחלות לב, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן השד, סרטן הערמונית, סרטן אחר, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3	**למילוי מגיל 16** האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4	**למילוי מגיל 18** האם הנך צורך או צרכת 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 חייך 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, דליות ברגליים?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2	**מערכת העצבים והמח,** לרבות אירוע מוחי כגון CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, מוגבלות שיכלית, שיתוק מוחין, פולין, אפילפסיה, רעד, 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 ושט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, גושה, כיס המרה, ניתוח בריאטרי- קיצור קיבה, דם סמוי, פוליפים במעי, טחורים, פיסורה?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4	**מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית,** לרבות בלבלב, בבלוטת התריס (תיראויד), בחילוף חומרים, סוכרת, יתר שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 נשימה?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7	**מחלות/כאבים במערכת השלד,** לרבות פיברומיאלגיה, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, ירידה בצפיפות העצם, אוסטאופורוזיס, הלוקס וולגוס, האם היו שברים ב- 3 השנים האחרונות?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.8	**מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות,** לרבות אסטמה, COPD/ אמפיזמה, 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	**מחלה ממארת (סרטן) גידול שפיר או ממאיר,** לרבות גידול טרום סרטני, BCC, מלנומה?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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	**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	**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 פריון?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, לרבות אנדומטריוזיס, ממצאים בצוואר הרחם, CIN, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, ציסטות בשד, קונדילומה, פפילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון, האם הנך בהריון?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	**שאלות נוספות**												
4.1	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה 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/ה	✗	בן/בת זוג	✗	ילד בגיר _____	✗
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗	ילד בגיר _____	✗
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום ת.ז של מורשה חתימה

שם פרטי ושם משפחה	זיקה	שם העסק	○ ת.ז ○ ח.פ ○ ע.מ (יש לסמן)

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/ המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/ המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.

תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם
/ /		

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

מספר כרטיס: **תוקף הכרטיס עד**

_____ _____ _____X

שם בעל/ת הכרטיס | מס' זהות | חתימת בעל/ת הכרטיס

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 ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבונך 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 לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"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: _____

לכבוד
בנק _____
סניף _____
("הבנק")

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף	בנק

קוד המוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
1 1 6		

○ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או –
○ הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
○ תקרת סכום החיוב: _____ ₪
○ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום_____/_____/_____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך

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 עפ"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_____
תאריך | חתימת בעל/י החשבון

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 הסוכן/ת	מס' הסוכן/ת	חתימה + חותמת סוכן/ות
/ /			

*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, 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)
1 1 6		

קבלנו הוראות מ _____ -לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ,ואשר מספר חשבונו/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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר .אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
			X