

בידיים טובות

חבילת כיסויים מושלמת

ביטוח רפואי מקיף

ביטוח סיעודי

ביטוח מחלות קשות

ביטוח חיים

נכויות ואובדן כושר עבודה

ביטוח תאונות אישיות





ניהול סיכונים ואיתור צרכים משפחתי

שם המבוטח הראשי: _____ גיל: _____ מין: ז / נ מצב משפחתי: _____

שם מבוטח משני: _____ גיל: _____ מין: ז / נ

ילד 1, שם: _____ גיל: _____ מין: ז / נ | ילד 2, שם: _____ גיל: _____ מין: ז / נ | ילד 3, שם: _____ גיל: _____ מין: ז / נ

_____ אם כן מה שם קופת החולים:

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? כן / לא

_____ אם כן מה שם הקולקטיב:

האם יש לך ביטוח במסגרת קולקטיב? כן / לא

האם הינך סובל מבעיה רפואית כלשהיא? כן / לא

_____ בעיה רפואית:



מעגל סיכונים

סמן (+) קיים סיכוי | סמן (-) אין סיכוי



כיסויים שבחרתי
לא לרכוש:

- _____ 1
- _____ 2
- _____ 3
- _____ 4
- _____ 5
- _____ 6
- _____ 7
- _____ 8

כיסויים שבחרתי
לרכוש:

- _____ 1
- _____ 2
- _____ 3
- _____ 4
- _____ 5
- _____ 6
- _____ 7
- _____ 8

_____ חתימת המבוטח הראשי:

_____ תאריך הפגישה:

סיכום פגישה/ הערות:

חבילות מיוחדות

חבילת מעגל הגנה

החבילה כוללת פיצוי מיידי במקרה גילוי מחלה קשה וכיסוי מלא לשירותים רפואיים אמבולטוריים.

מרפא פלטינה - כיסוי ל-31 מחלות קשות

חבילת כיסויים למחלות קשות, הביטוח האיכותי והמקיף ביותר מסוגו בישראל (סכום ביטוח מינימאלי 100,000 ₪).

שירותים אמבולטוריים

טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושרותי רפואה אמבולטורית - פרק ב' - ביטוח המעניק כיסויים רחבים יותר מאשר מערכת הבריאות למגוון שירותי רפואה אמבולטורית פרטית.

חבילת קו מהיר מיוחד

החבילה כוללת פיצוי כספי לניתוחים, כיסוי להשתלות ותרופות ושירותים אמבולטוריים.

קו מהיר מורחב

היא חבילת שירותי בריאות המעניקה לכם פיצוי כספי לכל סוגי הניתוחים, כיסוי להשתלות בארץ ובחו"ל, כיסוי תרופות מסוג "סל הזהב" ושירותים אמבולטוריים (פרק ב').

ניתן לצרף לחבילה (בתוספת פרמיה):

שיפוי לקו מהיר מורחב

ניתן להרחיב את השימוש בפוליסה הנ"ל לשיפוי (בחירת הלקוח לניתוחים עפ"י רשימת רופאים במקום פיצוי כספי).

משלים עולמי מהיר

הכיסוי מקנה למבוטח אפשרות לבצע ניתוח בחו"ל. הכיסוי כולל: כיסוי מורחב להוצאות הניתוח בחו"ל, שכר מנתח/מרדים, כיסוי הוצאות בית החולים בחו"ל, הטסה רפואית, הוצאות שהייה, מלווים ועוד.

טיפולים מחליפי ניתוח

החלפת ניתוחים פולשניים בטיפולים רפואיים שיביאו לתוצאות דומות לאלו שהיו מתקבלות בעזרת ניתוח.

חבילת עולם ומלואו מיוחד

החבילה כוללת כיסוי לניתוחים בחו"ל, השתלות ותרופות, מחלות קשות ושירותים אמבולטוריים.

עולם ומלואו

כיסוי מלא להשתלות בארץ ובחו"ל, כיסוי עד התקרה לניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, כיסוי מורחב להוצאות ניתוח שנערך בחו"ל, וכיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הציבורי. ובכך משלימה את הכיסוי שנותנת מערכת הבריאות הציבורית.

מרפא פלטינה - כיסוי ל-31 מחלות קשות

חבילת כיסויים למחלות קשות, הביטוח האיכותי והמקיף ביותר מסוגו בישראל (סכום ביטוח מינימאלי 100,000 ₪).

שירותים אמבולטוריים

טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושרותי רפואה אמבולטורית - פרק ב' - ביטוח המעניק כיסויים רחבים יותר מאשר מערכת הבריאות למגוון שירותי רפואה אמבולטורית פרטית.



"בידיים טובות" - טופס הצעה לביטוח - בריאות, סיעוד, ריסק, נכויות וא.כ.ע.

שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:				

פרטי המועמדים לביטוח									
שם משפחה	שם פרטי	קופות חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	משפחתי מצב	מקצוע	עיסוק/ תחביב מסוכן	
				נ / ז					מבוטח ראשי
				נ / ז					מבוטח שני
				נ / ז					ילד 1
				נ / ז					ילד 2
				נ / ז					ילד 3

ישוב	מיקוד	רחוב	בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב-1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						

מינוי מוטבים למקרה מוות							
% חלק	קרבה	מין	מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה		
		נ / ז				1	מבוטח ראשי
		נ / ז				2	
		נ / ז				1	מבוטח שני
		נ / ז				2	

פירוט הכיסוי המבוקש (סמן ב-X)	תאריך המבוקש לתחילת הביטוח: ____ ____ 01
חבילות בריאות פניקס	חבילות מיוחדות - אורן מזרח
<input type="checkbox"/> קו כסף עולמי (1597+1724+1722+324+1744+327)	רובד 1 - חבילת מעגל הגנה מינימום סכום ביטוח 100,000 ₪. מקסימום סכום ביטוח 500,000 ₪ למבוגר, 250,000 ₪ לילד (יסודי 1194). <input type="checkbox"/> מרפא פלטינה - ראשי (542) סכום ביטוח _____ ₪. <input type="checkbox"/> מרפא פלטינה - משני (606) סכום ביטוח _____ ₪. <input type="checkbox"/> מרפא לילד 1 (834) סכום ביטוח _____ ₪. <input type="checkbox"/> מרפא לילד 2 (834) סכום ביטוח _____ ₪. <input type="checkbox"/> מרפא לילד 3 (834) סכום ביטוח _____ ₪.
<input type="checkbox"/> חבילות השתלות ותרופות (1597+1744+1723)	רובד 2 - טיפולים אמבולטוריים מותנה ברכישת רובד 1. <input type="checkbox"/> פרק ב' - טיפולים אמבולטוריים (986) לגילאי 66+ (449) <input type="checkbox"/> חבילת עולם ומלואו מיוחד (1597, 986, 834, 1744, 1723, 1719, 542/606)
<input type="checkbox"/> קו כסף לילדים (גילאי 0-21) (329+327+324+1722+1744+1729)	<input type="checkbox"/> קו מהיר מיוחד (1725, 1719, 1744, 986, 1597) <input type="checkbox"/> +משלים עולמי (1732) <input type="checkbox"/> +טיפולים מחליפי ניתוח (1740) <input type="checkbox"/> +שיפוי (566)
<input type="checkbox"/> אחר _____	
כיסויים נוספים	
<input type="checkbox"/> פרק ב' - טיפולים אמבולטוריים (986) לגילאי 66+ (449)	<input type="checkbox"/> בריא ושלם - אביזרים ושתלים (1718)
<input type="checkbox"/> טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו כסף עולמי) (980)	<input type="checkbox"/> כתב שירות - יעוץ פסיכולוגי (331)
<input type="checkbox"/> קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית (332)	<input type="checkbox"/> בריאות כמו גדול (329)
<input type="checkbox"/> רופא עד הבית (287)	<input type="checkbox"/> אחר _____

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות (יסודי 1194)			כיסויי ריסק (כיסוי זה יפתח בפוליסה נפרדת)		
<input type="checkbox"/> מרפא פלטינה - ראשי (542) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא פלטינה - ראשי (542) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> כיסוי ריסק 1 (510) סכום _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא פלטינה - משני (606) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה סכום _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה סכום _____ ₪.
<input type="checkbox"/> מרפא לילד 1 (834) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא לילד 2 (834) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא לילד 3 (834) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא לילד 1 (834) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא לילד 2 (834) סכום ביטוח _____ ₪.	<input type="checkbox"/> מרפא לילד 3 (834) סכום ביטוח _____ ₪.
ברגע הקובע - כיסוי זה יפתח בפוליסה נפרדת			מסלול א', מס' מנות _____ מסלול ב', מס' מנות _____		

אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה (תקופת המתנה 3 חוד') <input type="checkbox"/> למבוטח ראשי <input type="checkbox"/> למבוטח שני			
פיצוי חודשי ראשי _____	פיצוי חודשי משני _____	פרנצי'זה - תשלום חד פעמי בגין חודשיים _____	האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של א.כ.ע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן גובה הפיצוי _____
<input type="checkbox"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="checkbox"/> רגילה (4) <input type="checkbox"/> משופרת (6) <input type="checkbox"/> מושלמת (8)	<input type="checkbox"/> הרחבה כולל החרגת תאונות עבודה <input type="checkbox"/> רגילה (3) <input type="checkbox"/> משופרת (5) <input type="checkbox"/> מושלמת (7)		

תאונות אישיות

תאונות אישיות - ראשי (1829)	סכום ביטוח _____ נה (מינימום 50,000 ₪ בכפולות של 10,000 ₪ ועד מקסימום 200,000 ₪).
תאונות אישיות - משני (1822)	סכום ביטוח _____ נה (מינימום 50,000 ₪ בכפולות של 10,000 ₪ ועד מקסימום 200,000 ₪).
תאונות אישיות - ילד (1821)	בפוליסת ההורים בסכום ביטוח _____ נה (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה).
תאונות אישיות - ילד (1823)	בפוליסה עצמאית בסכום ביטוח _____ נה (מינימום 50,000 ₪ ועד מקסימום 100,000 ₪).

פיצוי אי כושר עבודה שבועי כתוצאה מתאונה (אופציונאלי לגילאי 67-21):

<input type="checkbox"/> 52 שבועות (1824)	<input type="checkbox"/> 104 שבועות (1828)
ראשי - פיצוי שבועי _____ נה (עד 1,000 ₪ לשבוע).	ראשי - פיצוי שבועי _____ נה (עד 1,000 ₪ לשבוע).
משני - פיצוי שבועי _____ נה (עד 1,000 ₪ לשבוע).	משני - פיצוי שבועי _____ נה (עד 1,000 ₪ לשבוע).

הצהרת בריאות לכיסוי תאונות אישיות			
א. האם את/ה סובל/ת מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ראשי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ב. האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות? האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ראשי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ג. האם יש לך נכות קיימת, קבועה או זמנית כלשהי מעל 20% ו/או האם הינך בהליכי תביעה כיום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ראשי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

הצהרה נוספת של הרוכשים פיצוי שבועי לאובדן כושר עבודה:

ד. האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרט/י:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ראשי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
---	---	------	---

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבטח ראשי	חתימת מבטח שני
-------	--------------------------------	-----------------	----------------

ביטוח סיעודי (יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת + תוספת הצהרת בריאות + הצהרות)

עתיר כבוד פרמיה קבועה - 60 ימי המתנה (פיצוי זהה בבית ובמוסד).

<input type="checkbox"/> (1537) גובה פיצוי למבטח ראשי _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1537) גובה פיצוי למבטח שני _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1537) גובה פיצוי לילד 1 _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1537) גובה פיצוי לילד 2 _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1537) גובה פיצוי לילד 3 _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים

עתיר כבוד משלים תגמול לכל החיים (פיצוי זהה בבית ובמוסד).

<input type="checkbox"/> (1539) ראשי חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1538) ראשי חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)
<input type="checkbox"/> (1539) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1538) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 20,000 ₪)

סיעודי 360 פרמיה קבועה - 30 ימי המתנה (פיצוי במוסד פי 2.2 מפיצוי בבית).

<input type="checkbox"/> (1504) ראשי חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1504) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1504) ילד 1 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1504) ילד 2 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1504) ילד 3 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים

סיעודי 360 משלים פרמיה קבועה - תגמול לכל החיים (פיצוי במוסד פי 2.2 מפיצוי בבית).

<input type="checkbox"/> (1505) ראשי חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1506) ראשי חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)
<input type="checkbox"/> (1505) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1506) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)
<input type="checkbox"/> (1505) ילד 1 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1506) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)
<input type="checkbox"/> (1505) ילד 2 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1506) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)
<input type="checkbox"/> (1505) ילד 3 חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)	<input type="checkbox"/> (1506) משני חוד' המתנה _____ נה (מקסימום 10,000 ₪)

סיעודי 360 פרמיה משתנה (גיל כניסה - עד 55)

<input type="checkbox"/> (1745) ראשי	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1745) משני	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים
<input type="checkbox"/> (1746) לילדים עד גיל 20	תקופת תשלום התגמול <input type="checkbox"/> 60 חודשים <input type="checkbox"/> 96 חודשים <input type="checkbox"/> כל החיים

שאלון הצהרת בריאות מקוצרת (8 שאלות)

ראשי		שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
מבוטח/ת ראשית גובה _____ משקל _____ מבוטח/ת שנייה גובה _____ משקל _____ ילד 1 גובה/משקל _____ ילד 2 גובה/משקל _____ ילד 3 גובה/משקל _____									
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ-10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?									
האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?									
1	מתי		משך האשפוז		סיבת האשפוז				
האם הינך נמצאת/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת/ת תרופות?									
2	אבחנה		תרופה		מינון				
האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)									
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, נא פרט: א. אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות: זמנית / קבועה / טרם נקבעה נכות									
האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10), יתר לחץ דם (9) סוכרת (1)?									
האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת- גידול סרטני (7), מחלות ריאה, אסטמה (4), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות (למרכיבי משקפיים לציין דיאופטריות), מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים (5) (10), הפרעות נפשיות (8), מחלות בדרכי העיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2), ומחלות פרקים (3)?									
האם הינך סובלת/ת ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס (10)?									
האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, ציטונור, MRI, CT, אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים									
אם כן ציין: סוג הבדיקה תאריך אבחנה האם הבדיקה תקינה?									
האם יש לך או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט									
האם הינך מעשן/ת או עישנת בעבר?									
8	אם כן כמה סיגריות ליום?		משך עישון בשנים		מועד הפסקת עישון (אם עישנת בעבר)				
האם אתה משתמש או השתמשת בסמים?									
משקאות חריפים ליום/שבוע _____ כוסיות									

תוספת הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי

האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נייחות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?									
האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?									
האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?									
האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר?									
האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או נאמר לך שהינך צפוי להיות נזקק לסיעוד תוך 12 חודשים?									

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, יש למלא שאלון מחלות מפורט על פי מספר השאלון שלהלן:

1. סוכרת
2. גב ועמוד השדרה
3. פרקים/ ארטריטיס/ ראומטיזם
4. דרכי נשימה
5. נכויות/פציעות
6. דרכי עיכול
7. גידולים
8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם
10. שאלון מחלות כללי

פירוט:

ילדים עד גיל חצי שנה: יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מביה"ח או דו"ח על הלידה וממצאיה.

יתור 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 וכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו\או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו\או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו\או שהניי 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 מטניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה 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.

הצהרות - הצהרה זו מתייחסת לכל אחד מן המועמדים לביטוח הרשומים בטופס הצעה זה. אני/ו החתומים/ים מטה, מבקש/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כדלקמן: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", 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. 3. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 4. תשובתי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בקבוצת הפניקס. 5. אני הח"מ מסכים כי לפי 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 עלול להיות כרוך בתקלות ו/או בעיות. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה והנני חותם על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס/טבעית. 7. לרוכשי הביטוח הסיעודי בלבד - אני/אנו הח"מ מצהיר/ים כי קיבלנו לידנו את המרדך לביטוח סיעודי.

8. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח. 9. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. 10. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת מבוטח ראשי	חתימת מבוטח שני
-------	--------------------------------	------------------	-----------------

פרטי גביה לתשלום בכ.א										סוג הכרטיס										<input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי																			
מס' כרטיס האשראי										תוקף הכרטיס										שם בעל כרטיס האשראי										מס' זהות									
תאריך										חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה										חתימת בעל הכרטיס																			

הוראה לחיוב חשבון																																																											
מס' חשבון בנק										סוג חשבון										קוד סניף										קוד בנק										קוד מוסד										אסמכתא (מס' מזהה של לקוח החברה)									
1. אני הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק										מספר ת.ז. / ח.ב.										מספר										עיר										מיקוד																			
כתובת:										רחוב										מספר										עיר										מיקוד																			
<p>נותן לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפיכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לי/ לנו כי:</p> <ul style="list-style-type: none"> הוראה זו ניתנת לביטוח ע"י הודעה ממני/ מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין. אהיה/ נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. אהיה/ נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/ נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. <p>3. ידוע לי/ לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ"</p> <p>4. ידוע לי/ לנו כי סכומי החיוב ע"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראת כתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאני/ נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. נא אשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>																																																											
פרטי ההרשאה : סכום החיוב ומועדו ייקבעו ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.																																																											

תאריך																				חתימת בעלי החשבון																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אישור הבנק																																																											
לכבוד: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, ת.ד 2533 תל אביב 61253																																																											
<p>קיבלנו הוראה מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.</p>																																																											
מס' חשבון בנק										סוג חשבון										קוד סניף										קוד בנק										קוד מוסד										אסמכתא (מס' מזהה של לקוח החברה)									
תאריך										שם הבנק										מספר הסניף										חתימה וחותמת הבנק																													

הצהרת שחלוף																																							
<p>הנני להצהיר כי למיטב הבנתי, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוח או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם.</p> <p>במקרה ואחת מההצהרות בסעיף זה אינה נכונה, יש למלא שאלון החלפה מלא.</p>																																							
תאריך										חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה										חתימת מבטח ראשי										חתימת מבטח משני									

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטח (במידה ונדרש סעיף זה יש לחתום על טופס נפרד)																																							
<p>על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>																																							

אישור תנאי קבלה מיוחדים																																							
<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באופן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.</p>																																							
תאריך										חתימת מבטח ראשי										חתימת מבטח משני																			

אישור הסוכן																																							
הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.																																							
תאריך										שם הסוכן										ת.ז.										חתימת הסוכן									

בידיים טובות

חבילת כיסויים מושלמת



www.oren-ins.co.il

ביטוח רפואי מקיף | ביטוח סיעודי | ביטוח מחלות קשות | ביטוח חיים | נכויות ואובדן כושר עבודה

אימבר 14, פתח תקווה
ת.ד. 3142, מיקוד 49511
טל. 03-6124414
פקס. 03-6124434

