



בקשה לצירוף תינוק - ללא הצהרת בריאות

קוד מסמך 706

פרטי סוכן/יועץ			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מנהל עיסקי	מס' פוליסה

מבוטחים קיימים בפניקס בעלי נספח תנאים כלליים החל משנת 2014 (6195/6194/5194) או בעלי כיסוי "מחלקה ראשונה" (נספח 1962) או בעלי נספח תנאים כלליים משנת 2016 ואילך ולאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים (נספח 5400/5420/7400/7401) זכאים לצרף לפוליסת בריאות תינוק תוך 60 יום ממועד הלידה - ללא הצהרת בריאות וללא דוח אפגר. מובהר כי תינוק רשאי להצטרף לכיסויים זהים המשווקים כיום בחברה התקפים בפוליסת ההורה המבטח, בכפוף לאמור לתנאים המפורטים בנספח תנאים כלליים שברשותכם.

פרטי המועמדים לביטוח
אני/אנו החתומים מטה, מעומדים/לבעלות על הפוליסה ומשמש/ים כאפטרופוס טבעי של הילדים ששמותיהם מפורטים מטה פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס/החברה") בהצעה לצרפם לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	תעודת זהות	מין	שב"ן	תאריך לידה
בעל פוליסה/ הורה ראשון					נ	7070	
הורה שני					נ	7070	
תינוק 1					נ	7070	
תינוק 2					נ	7070	

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בנר (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	
בעל פוליסה						<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> 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 מאתר החברה) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

2 תינוק	1 תינוק	גילאי כניסה	פוליסת בריאות בסיסית - יש לבחור אחד מהמסלולים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל (9922) + ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (9919) + תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות (9921)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל (9922)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות (9921)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (9919)
פוליסת בריאות נוספת - ניתוחים בישראל - ניתן לרכישה למועמדים שיש ברשותם פוליסת בריאות בסיסית			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	משלים שב"ן (בהשתתפות עצמית של 5,000 ש"ח צמוד מדד) לניתוחים, ייעוצים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9920)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) לניתוחים, ייעוצים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9917)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	ניתוחים, ייעוצים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9918)
*תכנית משלים שב"ן כוללת "ברות ביטוח" - מעבר מעבר לכיסוי ניתוחים משקל ראשון, על פי תנאי התכנית			
פוליסת בריאות נוספת - שירותים אמבולטוריים לרפואה בישראל - ניתן לרכישה למועמדים שיש ברשותם פוליסת בריאות בסיסית לא ניתן לשווק באופן בודד			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	ניתן לבחור רק אחת מבין 3 החלופות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-70	
ייעוץ ובדיקות (9916) אבחון רפואי מהיר (9924) ייעוץ ובדיקות, אבחון רפואי מהיר (9981) ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי (9928)			
כתבי שירות ותוכניות נוספות			
לא ניתן לשווק באופן בודד, אלא מיועד למי שרוכש/מחזיק בהפניקס את אחד המסלולים מפוליסה בריאות בסיסית או מפוליסת ניתוחים בישראל או פוליסת מחלות קשות			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-99	רפואה משלימה (9926)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-21	כתב שירות לאבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (9923)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-99	רופא מומחה בקליק (9925)

הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציין בטבלה שלהלן: ההנחה הינה למצטרפים חדשים בלבד ובכפוף לאישור החברה בדף פרטי הביטוח.		
תקופת הנחה	קוד הנחה (ככל שידוע) או שיעור הנחה	תכנית ביטוח
10-1 שנים כולל		
10-1 שנים כולל		
		כתבי שירות

הליך התאמת צרכים
<p>הריני לאשר כי: (אנא סמן V)</p> <p><input type="radio"/> בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"ה הביטוח" וכי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכיי. במקרה בו ייקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי תבוצע עבורי השוואה בין ההחרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת, ואדרש לאשר את ההחרגות הרפואיות.</p> <p><input type="radio"/> נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.</p> <p><input type="radio"/> נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, דמי הביטוח והשתנות הפרמיה לכלל הגילאים עבור כל אחת מהפוליסות שהוצעו לי בנפרד, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתכנית הביטוח.</p> <p><input type="radio"/> איסור מכירת כפל ביטוח בפוליסת פרט - ידוע לי כי במקרה בו יש ברשותי פוליסת פרט (למעט פוליסת פיצוי - מחלות קשות) המעניקה לי כיסוי דומה לפוליסה אליה אני מבקש להצטרף במסגרת הצעה זו, עליי לבטל את הפוליסה הקיימת, אלא אם אני נכלל באחד המקרים הבאים:</p> <p>1. אתקבל לפוליסת תרופות עם החרגה חיתומית וברשותי פוליסת תרופות ללא אותה החרגה.</p> <p>2. הנני מצטרף לביטוח במסגרת הזכות להמשכיות מפוליסה קבוצתית לפוליסה פרטית.</p>

צירוף תחילה לפוליסה בריאות בסיסית												
<p>בטרם תבחר את המוצרים לרכישה, חשוב לנו לעדכןך כי לצורך רכישת פוליסת ניתוחים בישראל ו/או שירותים אמבולטוריים עליך להחזיק את כל הכיסויים הכלולים בפוליסת הבריאות הבסיסית: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות וניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, אלא אם לא התקבלת או התקבלת עם החרגה / תוספת חיתומית, לאחת או יותר מתכניות הבסיס.</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">תינוק 2</th> <th colspan="2">תינוק 1</th> </tr> <tr> <th>לא</th> <th>כן</th> <th>לא</th> <th>כן</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>האם יש ברשותך פוליסה בסיסית מלאה בהפניקס או בחברה אחרת?</p> <p><input type="radio"/> אם אין לך פוליסה בסיסית מלאה - האם בכוונתך לרכוש במסגרת הצעה זו את כל הכיסויים או חלק מהכיסויים כדי להשלים לפוליסה הבסיסית?</p> <p><input type="radio"/></p>	תינוק 2		תינוק 1		לא	כן	לא	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תינוק 2		תינוק 1										
לא	כן	לא	כן									
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									

שאלון ביטוחים קיימים												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">תינוק 2</th> <th colspan="2">תינוק 1</th> </tr> <tr> <th>לא</th> <th>כן</th> <th>לא</th> <th>כן</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>ברכישת ביטוח בריאות</p> <p>האם קיימת לך פוליסת ביטוח מסוג בריאות - שיפוי (החזר הוצאות), דומה או זהה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?</p> <p><input type="radio"/></p>	תינוק 2		תינוק 1		לא	כן	לא	כן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תינוק 2		תינוק 1										
לא	כן	לא	כן									
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
<p>במידה וקיימת לך פוליסה</p> <p>לבטל את הפוליסה הקיימת</p> <p>להותיר את פוליסת השיפוי (החזר הוצאות) ללא שינוי</p> <p>- אפשרי במקרה של:</p> <p>* קבלה לפוליסת תרופות עם החרגה חיתומית, כאשר למבוטח קיימת פוליסת תרופות ללא אותה החרגה</p> <p>* במקרה והפוליסה הקיימת הינה קבוצתית</p>	<p><input type="radio"/></p>											
<p>במידה ומעוניינים לבטל את הפוליסה הקיימת - אופן הגשת הביטול</p> <p><input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" <input type="radio"/> באופן עצמאי</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>											
<p>חתימת המועמד הראשי</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>											
<p>חתימת המועמד השני</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>											
<p>חתימת ילד בוגר</p>	<p><input type="checkbox"/></p>											

הצהרות והסכמות להיכלל במאגרי מידע לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית**, על-ידי החברה ומי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסים, 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 אודותי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדויק. **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 בע"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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

הצהרות המועמד לביטוח
הצהרת המועמד לביטוח אשר מבקש להצטרף לפוליסת ניתוחים בישראל
ככל שהמבוטח 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 כאפוסטרופוסט טבעית.

גילוי נאות - למועמד לביטוח אשר רוכש 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 הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמועמד לביטוח רכש כיסוי 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.

הצהרות נוספות

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כדלקמן:

- 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 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 כאפוסטרופוסט טבעי. ידוע לי כי כל האפוסטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות:** תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה יעשה לראשונה ביוני 2026 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.
- יתור על סודיות רפואית:** אני המועמד לביטוח, 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 פנסיה וגמל 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, 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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

הצהרות נוספות - המשך

8. ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, ידוע לי ואני מאשר כי במקום בו אי אפשר לצרף את כל המועמדים לביטוח שכן, חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד השלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
9. **הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח:** 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 לביטוח, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן שם את הבחירה המבוקשת. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
עדכון בניר 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 שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל 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.
10. **פרטי מוטבים** - ידוע לי כי ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
11. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה* ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.
O לא מסכים

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהייה 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 בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

בחתומי על טופס זה אני מעניק הסכמה לרכישת כל אחת מתכניות הביטוח אותן סימנתי.

X	X	X
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

הצהרות הסוכן ואישורו
אני הח"מ סוכן הביטוח של המועמדים לביטוח שפרטיהם מופיעים בטופס הצעה זה מאשר ומצהיר בזאת כדלקמן:

1. שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים בטופס ההצעה.
2. **צירוף תחילה לפוליסה בסיסית:** עדכנתי את המועמדים לביטוח ובדקתי שטרם הצטרפות לפוליסה בריאות נוספת ו/או פוליסת ניתוחים בישראל הם הצטרפו או יצטרפו לפוליסה בריאות בסיסית הכוללת את תכניות הביטוח הבאות: השתלחות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל; תרופות מחוץ ל707 הבריאות וניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, אלא אם הם נכללים באחד המקרים הבאים:
2.1 לא יתקבלו לאחת או יותר מהתכניות בפוליסה הבסיסית או לחילופין יתקבלו עם החרגה/תוספת חיתומית.
2.2 המועמד לביטוח מעל גיל 60 ואינו מעוניין לרכוש אחת או יותר מהתכניות בפוליסה הבסיסית.
2.3 הצירוף לביטוח במסגרת הזכות להמשכיות מפוליסה קבוצתית לפוליסה פרטית.
3. **איסור מכירת כפל ביטוח בפוליסת פרט:** עדכנתי את המועמדים לביטוח ובדקתי כי במקרה בו יש ברשות המועמדים לביטוח פוליסת פרט (למעט פוליסת פיצוי - מחלות קשות) המעניקה להם כיסוי דומה לפוליסה אליהם הם מבקשים להצטרף, הם ביטלו או הגישו בקשה לביטול הפוליסה הקיימת, אלא אם הם נכללים באחד המקרים הבאים:
3.1 יתקבלו לפוליסת תרופות עם החרגה חיתומית וברשותם פוליסת תרופות ללא אותה החרגה.
3.2 הצירוף לביטוח במסגרת הזכות להמשכיות מפוליסה קבוצתית לפוליסה פרטית.
4. **הליך התאמת צרכים:** אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצעה זה ביצעתי למועמד/ים לביטוח התאמת צרכים במסגרתו לאחר שקיבלתי הרשאה נכנסתי לאתר "הר הביטוח" ופירטתי בפני המועמדים לביטוח את הביטוחים הרלוונטיים הקיימים להם וכן את כל הנושאים הנדרשים להם להשוואה בין הביטוחים שהצעתי להם ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי להם את הביטוח המוצע התואם לצרכיהם. במקרה בו ייקבעו למועמדים לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, הנני לאשר כי אבצע גם השוואה בין החרגות שנקבעו להם בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.
5. מסרתי למועמדים לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.
6. מסרתי למועמדים לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח וטבלאות השתנות הפרמיה לכלל הגילאים בנין כל אחת מתוכניות הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם. בהליך צירוף שבו נמכרת פוליסת ניתוחים בישראל הצגתי למועמדים לביטוח גם את הפרמיה ביחס לכל החלופות (משלים שבין עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח, משלים שבין ללא השתתפות עצמית ושקל ראשון ללא השתתפות עצמית).
7. הסברתי למועמדים לביטוח 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.
הצעתי תחילה לרכוש כיסוי משלים שבין עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח ורק לאחר מכן אפשרות של פוליסה עם ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.
8. הסברתי למועמדים לביטוח כי בהתאם להוראות הדין, במקרה בו מבוטח יבחר לבצע ניתוח במסגרת תכנית השב"ן על ידי רופא שהינו בהסדר ניתוח עם הפניקס והינו זכאי לכיסוי הביטוחי בגין הניתוח בהתאם להוראות הפוליסה, הפניקס תשלם לקופת החולים את עלות הניתוח, למעט ההשתתפות העצמית.
לצורך יישום הוראות אלו, רשות שוק ההון תפעיל ממשק מקוון ומאובטח בו קופות החולים והפניקס יעבירו ביניהם את המידע הנדרש ובכך זה פרטים מזהים אודות המועמדים לביטוח, את מועד תחילת הביטוח בתכנית זו וכי ייתכן ותידרש למסור מידע נוסף במסגרת השגה והכל בכפוף וכפי שקבעו הוראות הדין.
9. **הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום:** הנני מאשר כי במועד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז או רישיון נהיגה ולאחר שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.

X	ת.ז.	שם סוכן	תאריך
חתימת הסוכן			

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
הצהרת משלם חריג				
שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	<input type="radio"/> ת.ז. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	ישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים 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		

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)

תשלום באמצעות כרטיס אשראי				
תאריך	<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר			
X	מס' כרטיס האשראי		תוקף	
	שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	מס' ת.ז.	חתימת בעל הכרטיס
הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסיים נוספים בלבד.				

בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש 1 לחודש ● 10 לחודש* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)

*לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

בנק	מס' חשבון			סניף
בנק	סניף	סוג חשבון	611	
		שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	(ה"בנק")
		שם המוסד/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="radio"/> או - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / _____.	
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.				

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

1	אני/אנו הח"מ. _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעלי 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/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/ינו 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/ים 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/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.						
1	פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.						
3	אני/אנו מסכימים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.						
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">חתימת בעל החשבון</td> <td style="text-align: center;">חתימת הבנק</td> <td style="text-align: center;">תאריך</td> </tr> </table>	X	X		חתימת בעל החשבון	חתימת הבנק	תאריך
X	X						
חתימת בעל החשבון	חתימת הבנק	תאריך					