

הצעה לביטוח בריאות | סיעוד

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן	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:
 להצטרף לתכנית ביטוח בריאות/סיעוד כמפורט להלן;
 להסיר/לשדרג/להמיר כיסויים בפוליסת בריאות/ סיעוד כמפורט להלן;

מספר פוליסה קיימת:

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	עיסוק/תחביבים מסוכנים
מבוטח ראשי/ בעל הפוליסה				נ / ז			
מבוטח שני				נ / ז			
ילד 1				נ / ז			
ילד 2				נ / ז			
ילד 3				נ / ז			
ילד 4				נ / ז			

כתובת	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. בא סמן לא כן

מינוי מוטבים למקרה מוות (בפוליסת סיעוד ותאונות אישיות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קרבה	% חלק
מבוטח ראשי			נ / ז		
מבוטח שני			נ / ז		

ביטוח בריאות

פירוט הכיסוי המבוקש

<input type="radio"/>	קו כסף עולמי (1724+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-20 (1729+1722+1744+324+327+329)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	קו כסף עולמי לצעירים גילאי 21-34 (1731+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	קו כסף 66+ (1730+1722+1744+324+327)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה):					
<input type="radio"/>	קו כסף משלים שב"ן (1735+1736+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	משלים שב"ן לילדים 0-20 (1737+1736+1722+1744+324+327+329)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	משלים שב"ן לצעירים 21-34 (1738+1736+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	משלים שב"ן לגילאי 66+ (1739+1736+1722+1744+324+327)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	חבילת קו מהיר מורחב (1725+566+1716+1732+1744+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	חבילת השתלות ותרופות (1723+1744+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	עולם ומלואו (השתלות תרופות ועולמי) (1723+1719+1744+1597)	<input type="radio"/>	ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4 <input type="radio"/>
חבילת קו משלים לבריאות (פיצוי משלים לניתוחים+ השתלות+ תרופות):					
<input type="radio"/>	ראשי גבר (1727+1716+1744+1597)	<input type="radio"/>	משני גבר (1702)	<input type="radio"/>	ילד (1713)
<input type="radio"/>	ראשי אישה (1728+1716+1744+1597)	<input type="radio"/>	משני אישה (1704)	<input type="radio"/>	ילדה (1714)
ביטוחים נוספים לרכישה לחבילות קו הכסף וקו מהיר מורחב בלבד:					
<input type="radio"/>	פרק ב'- טיפולים אמבולטוריים (986) לגילאי 66+ (449)	<input type="radio"/>	כתב שירות: רופא עד הבית (287)	<input type="radio"/>	כתב שירות: ייעוץ פסיכולוגי (331)
<input type="radio"/>	טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו הכסף) (980)	<input type="radio"/>	כתב שירות: רפואה משלימה (342)	<input type="radio"/>	סל הזהב (1744)
<input type="radio"/>	קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית (332)	<input type="radio"/>	כתב שירות: סל שירותים (1008)	<input type="radio"/>	סייג תאונות דרכים (260)
<input type="radio"/>	בריא ושלם (1718)	<input type="radio"/>	בריאות כמו גדול (עבור קו הכסף) (329)	<input type="radio"/>	סייג תאונות עבודה (1597)

חבילת משלים למחלים: סכום פיצוי יומי (מינימום 100 ₪ מקסימום 1,000 ₪)

פיצוי אשפוז חירום (1733+1597) ראשי _____ ₪

פיצוי אשפוז חרום למחשני וילדים (1005)

שני _____ ₪ ילד 1 _____ ₪ ילד 2 _____ ₪ ילד 3 _____ ₪ ילד 4 _____ ₪

פיצוי אשפוז אלקטיבי (1006)

ראשי _____ ₪ שני _____ ₪ ילד 1 _____ ₪ ילד 2 _____ ₪ ילד 3 _____ ₪ ילד 4 _____ ₪

פיצוי ימי מחלה (1007)

ראשי _____ ₪ שני _____ ₪ ילד 1 _____ ₪ ילד 2 _____ ₪ ילד 3 _____ ₪ ילד 4 _____ ₪

הוספת כיסוי "מרפא" - פיצוי למחלות קשות לפוליסה קיימת (סמן ב-X) בפוליסה עצמאית יש לרכוש כיסוי יסוד 1194

מקסימום סכום ביטוח למחלות קשות: למבוגר 500,000 ₪, לילד 250,000 ₪

מרפא - מבטוח ראשי פלטינה (542) זהב (541) כסף (540) ארד (539) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא - מבטוח מחשני פלטינה (606) זהב (605) כסף (604) ארד (603) סכום ביטוח _____ ₪

מרפא - מבטוח ילד ילד (834) (ילדים בפוליסת הורים בלבד)

ילד 1 _____ ₪ ילד 2 _____ ₪ ילד 3 _____ ₪ ילד 4 _____ ₪

ביטוח סיעוד

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח

0 | 1 | | | 2 | 0 |

פירוט הכיסוי המבוקש

סעודי 360 (פרמיה קבועה) - 30 יום המתנה - סכום ביטוח מקסימום 10,000 ₪ בבית

(1504) מבטוח ראשי. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1504) מבטוח שני. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1504) ילד 1/2/3/4. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

סיעודי 360 (פרמיה קבועה) - תקופות המתנה ארוכות. תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים. סכום ביטוח מקסימום 10,000 ₪ ש"ח בבית

(1505) מבטוח ראשי 36 חודשי המתנה _____ ₪

(1505) מבטוח שני 36 חודשי המתנה _____ ₪

(1505) ילד 1/2/3/4 36 חודשי המתנה _____ ₪

עתיר כבוד (פרמיה קבועה) - 60 יום המתנה (מקסימום 22,000 ₪)

(1537) מבטוח ראשי. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1537) מבטוח שני. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1537) ילד 1/2/3/4. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

עתיר כבוד משלים - תקופת תגמול לכל החיים. (מקסימום 22,000 ₪)

(1539) מבטוח ראשי 36 חודשי המתנה _____ ₪

(1539) מבטוח שני 36 חודשי המתנה _____ ₪

סעודי 360 (פרמיה משתנה) - עד גיל כניסה 55

(1745) מבטוח ראשי. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1745) מבטוח שני. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

(1746) ילד 1/2/3/4. גובה פיצוי למבטוח _____ ₪

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה + משתנה) מבטוח חדש / מבטוח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף

(גיל כניסה מקסימאלי - 60)

(1537) גובה פיצוי למבטוח ראשי פרמיה קבועה _____ ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

(1734) גובה פיצוי למבטוח ראשי פרמיה משתנה _____ ש"ח לתקופה _____ (60 חודש/96 חודש / לכל החיים)

(1537) גובה פיצוי למבטוח שני פרמיה קבועה _____ ש"ח מס פוליסה בתוקף: _____

(1734) גובה פיצוי למבטוח שני פרמיה משתנה _____ ש"ח לתקופה _____ (60 חודש/96 חודש / לכל החיים)

*יש לציין את סכומי הביטוח בפרמיה הקבועה ובפרמיה המשתנה ביחס שלא יפחת מ- 1:1 בהתאמה.

*סכום ביטוח מקסימאלי: 10,000 ₪ לכל פוליסה.

*גיל כניסה מקסימאלי - 60

שדרוג - סמן את הפעולה הרצויה

סל זהב (1744) - (בשדרוג יש להוסיף פיסקה 730) - יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת בשדרוג מסגולה מורחבת אין צורך בהצהרה.

השתלות ועוד (1723/1722/1716) - בשדרוג מכיסוי השתלות בסיס יש למלא הצהרת בריאות מלאה.

קו עולמי מורחב (324) שדרוג כיסוי הניתוחים בחו"ל במסגרת חבילת קו כסף עולמי - ללא הצהרת בריאות.

משלים עולמי מהיר (1732) - לשדרג את כיסוי בינלאומי מהיר - ללא הצהרת בריאות.

קו כסף עולמי (1724) מקו מהיר - ללא הצהרת בריאות.

שאלות						מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
לנשים: האם את בהריון <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא											
גובה											
משקל											
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת תרופות?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, ציין תרופה: _____ מינון: _____ תרופה: _____ מינון: _____											
2. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כלשהיא? (5)						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
3. האם הינך סובלת ו/או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10) סוכרת (1), יתר לחץ דם (9)?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____											
4. האם הינך סובלת ו/או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני (7), מחלות דרכי נשימה, אסטמה (4), עיוורון מלא ו/או חלקי ו/או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים ו/או חירשות, מחלות עור (10/5), מחלות בדרכי העיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2), פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____											
5. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או ייעצו לך לעבוד ניתוח בעתיד?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן ציין: מתי: _____ משך האשפוז: _____ סיבת האשפוז/ ניתוח: _____											
6. האם עברת ו/או האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בעתיד?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
7. האם הינך סובלת/מפרעות רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט: _____											
8. האם הינך סובלת/מחלות איידס ו/או נשאות האיידס? (10)						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
9. האם הינך מעשן או עישנת סגריות בעבר?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן פרט מס' ליום _____ משך בשנים _____ מועד הפסקה _____											
10. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
האם הינך צורך משקאות חריפים? משקאות חריפים ליום/שבוע _____ כוסיות _____						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
10. האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוק, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, אוסטיאופורוזיס? (3)						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
הצהרת בריאות- הצעה לביטוח סיעודי											
1. האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2. האם קבלת ייעוץ/לדאוג לסידור סיעודי ו/או באחר לך שהינך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
3. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
4. האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?						<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, יש למלא שאלון מחלות כלי לילדים עד גיל שנה: יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מביה"ח או דו"ח על הלידה וממצאיה. בהעדר הדו"ח יש למלא הצהרת בריאות מיוחדת לילדים עד גיל 5.											

הצהרת בריאות מקוצרת לשדרוג כסויים כמובדל בטופס					
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת תרופות?					
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2. האם הינך סובלת או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות ממארות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, מחלות בדרכי השתן?					
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
3. האם עברת בשנתיים האחרונות בירור רפואי או בדיקות רפואיות שאינן בדיקות שגרה? בא פרט. האם אתם עומד לעבור ניתוח ו/או ייעצו לך לעבור ניתוח כלשהו או טיפול מחליף ניתוח? אם כן, בא פרט.					
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

← ויתור על סודיות רפואית

אני/אנו מתחייב בעת הגשת התביעה או לצורך כל ברור של החברה לחתום על טופס ויתור על סודיות רפואית.

← הצהרות

אני/אנו המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: החברה) לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התמאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תבאי 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 שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. הנני/ו להצהיר כי למיטב הבנתי/נו, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם 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. במידה והתשובה היא חיובית לאחת מהשאלות בסעיף זה (סעיף 5), יש למלא שאלון החלפה מלא. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← אישור תנאי קבלה מיוחדים

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 לרצוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות ונכונות

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← משלים שב"ן - גילוי נאות

א. 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. ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. ג. 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). ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי 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 או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

← הצהרת המבוטח למשלים שב"ן

אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.

אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תבאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכוללים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← הצהרת שחלף

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. במקרה ואחת מההצהרות בסעיף זה אינה נכונה, יש למלא שאלון החלפה מלא.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← הצהרה לביטוח סיעודי

פוליסת עתיר כבוד וסיעודי 360 עם תקופת המתנה 36 ח' ו/או 60 ח' משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח ו/או לקבוצות ו/או לקולקטיבים ו/או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח יעוד לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסות הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח ו/או בקבוצה או בקולקטיב ו/או בפוליסה פרטית (3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי הפוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי ועל עוד הוא נמצא במצב סיעודי.

לתשומת ליבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד ו/או סיעודי 360 עם 36 ח' ו/או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד שבמסגרת קופת חולים ו/או בקבוצה ו/או קולקטיב ו/או פוליסת סיעוד פרטית.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר

האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית? האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח?		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופת חולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מן השב"ן
קופת חולים	<input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> מכבי <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> לאומית		
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב	הגוף המבטח	הגוף המבטח
פוליסה סיעוד פרטית*	הגוף המבטח		
* בא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).			
אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת <input type="radio"/> קופת החולים <input type="radio"/> קבוצה ו/או קולקטיב <input type="radio"/> פוליסה סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.			
הצהרת המבוטח:			
אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדרוך לקונה ביטוח סיעודי <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← פרטי גביה

פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר:			
מס' כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל הכרטיס	חתימת בעל הכרטיס
אופן התשלום: <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי			
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת בעל הכרטיס	

← מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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.

תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
-------	--------------------------------	--------------------	-------------------

← אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם

תאריך	חתימת הסוכן
-------	-------------