

צוות מנצח – פיצוי וליווי במקרה גילוי מחלת הסרטן – הצעה לביטוח

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	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			

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 לא כן

צוות מנצח – פיצוי במקרה גילוי מחלת הסרטן + כתב שירות "לא לבד"

<input type="radio"/> להוספה לפוליסה מס' _____	תאריך המבוקש לתחילת הביטוח: _____ _____ 01
<input type="radio"/> בפוליסה עצמאית קוד הביטוח היסודי הינו 1194	מקסימום סכום ביטוח לכיסויי מחלות קשות 500,000 ש"ח, לילד 250,000 ש"ח
סכום ביטוח	<input type="radio"/> ראשי (1831 + 2004) ₪ _____ <input type="radio"/> משני (1832 + 2004) ₪ _____
ילדים סכום ביטוח	כל ילד (2013+2004) ₪ _____

*כיסויים נוספים לצוות מנצח – בתוספת תשלום

תרופות לסרטן (1791)	ראשי	משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* לא מיועד לבעלי אמבולטורי (פרק ב') ו/או סל זהב

האם את/ה רוצה תזכורת בנושא בדיקות מוגנות? SMS, לטלפון _____ מייל _____

ראשי	שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	שאלון הצהרת בריאות – אם התשובה חיובית נא פרט
כן	לא	כן	לא	כן	לא
					1. האם הנך חולה או שחלית בעבר במחלה ממארת, או קיבלת המלצה לעבור בדיקות לאיבחון מחלה ממארת?
					2. האם היית או שהינך במעקב רפואי ו/או בטיפול רפואי שוטף עקב ליקויים רפואיים? אם כן, פרט:
					3. האם עברת בדיקות או שהנך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, MRI, CT, אולטרסאונד, ביופסיה, הוצאת גוש, קולונסקופיה, גסטרוסקופיה? בדיקות מעבדה? אם כן, פרט:
					4. האם היו לך דימומים בדרכי העיכול או בדרכי השתן?
					5. האם היו לך או יש לך נגעים בעור או פצעים שאינם מתרפאים?
					6. האם סבלת בעבר או הינך סובל משיעול ממושך, כיח דמי?
					7. האם סבלת או שהינך סובל מכאבים מתמשכים בעמוד השדרה או הראש?
					8. האם היו לך בעבר או בהווה הפרעות בחילוף חומרים?
					9. האם הינך חולה או שחלית בעבר או האם הנך נשא של צהבת מסוג B או C?
					10. למועמדים מעל גיל 18 האם הינך מעשן או שעישנת בעבר? אם כן, ציין מספר סיגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
					11. לנשים: האם בוצע משטח צוואר הרחם (PUP smear)? האם הבדיקה היתה תקינה? אם לא, נא פרט: _____ האם יש גושים בשד/יים?

◀ יותר על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותנת בזה רשות לקופ"ח ולא לעובדיה הרפואיים האחרים ולא למוסדותיה הרפואיים ולא לסניפיה ולא לשלטונות צה"ל ולא למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולא לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ולא ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתירשע ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ולא על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולא שהנני חולה בה כעת ולא שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ולא כל עובד רפואי אחר ולא מוסד ממוסדותיכם ולא כל סניף מסניפכם 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

אני/אנו המועמד/ים לביטוח, מבקשים/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 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 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, 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. 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 כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת.

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

◀ אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

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

◀ פרטי גביה

פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר:

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מס' זהות
אופן התשלום (סמן ב-✓): <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 מבוטח ראשי	חתימת מבוטח משני
-------	--------------------------------	------------------	------------------

◀ 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
-------	-------------