



טופס הצעה לתוכנית ביטוח פרט
מעבר ברצף ביטוחי מתוכנית ביטוח קבוצתית לחברי ועד סגל מחקר בקמ"ג ובני משפחתם

פרטי הסוכן -

שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' צוות	מס' ההצעה
----------	-----------	----------	----------	-----------

אני /ואו משפחתי בוטחנו בחברתכם במסגרת ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ועד סגל מחקר בקמ"ג ובתאריך ____/____/____ סיימתי את עבודתי / פרשתי מהחברה.
 הנני מבקשת/להמשיך את הביטוח עבורי ו/או עבור בני משפחתי במסגרת תכנית/ תכניות ביטוח פרט ובהנחה של 15% ל - 3 שנים (בכפוף לתקופת הביטוח של התוכנית לשנתיים בכל פעם ולחידוש בהתאם להוראות הפוליסה) החל מיום ____/____/____.
 המעבר לתוכנית ביטוח פרט ברצף ביטוחי הינו מעבר לתוכנית מסוג דומה לתכנית הביטוח הקבוצתי אשר מותרת לשיווק באותה עת בחברת הביטוח ואולם, קיים שוני בהיקף הכיסוי של הפוליסה הקבוצתית לבין תכנית ביטוח פרט וניתן לקבל מידע מפורט לעניין זה מהחברה.
ידוע לי כי עליי להגיש בקשה לרצף ביטוחי לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת חברת הביטוח על זכאותי/ תום הביטוח.
 התשלום לתוכניות הביטוח הפרטיות, יתבצע באמצעות כרטיס אשראי (יש למלא את הפרטים בטופס המצ"ב).
 להלן פרטיי ו/או פרטי בני משפחתי שהיו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי ומעוניינים להמשיך להיות מבוטחים בביטוח בריאות פרטי באמצעי גבייה אישי.

פרטי הפורש/ת – בעל הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה
כתובת	מיקוד	טלפון בית	טלפון נייד	קופת חולים

פרטי המועמדים לביטוח

המבוטחים שפרטיהם מופיעים מטה מבקשים בזאת באמצעות סוכן הביטוח / נציג מכירות / מוקד הפניקס שפרטיו מופיעים בהצעה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" להצטרף כמבוטחים לתוכנית הביטוח כמפורט להלן:

קירבה משפחתית למבוטח/ת ראשית	שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה
בן / בת זוג						
ילד 1						
ילד 2						
ילד 3						
ילד 4						

בעל הפוליסה הינו השלוח של מועמד לביטוח לענין קבלת מידע לגבי פוליסה זו. כל הודעה שתשלח אליו מהמבטח בעניינה תחשב כאילו נשלחה על ידו לכל מועמד לביטוח. *בכל מקום בו המועמד לביטוח הינו מתחת לגיל 18 – על האפוטרופוס / ההורה לחתום בשם המועמד לביטוח הקטין. חתימה בשם המועמד לביטוח כאמור תחשב כהסכמת הקטין.

שאלון ביטוחים קיימים ובחינת הצורך בהשוואת ביטוחים

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:

המועמד/ים לביטוח: _____ (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות)

מסר/ו:

הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח" (נספח ה').

מידע מאתר "הר ביטוח" מעיין עצמאי באתר.

מידע אחר אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/ם.

סרב/ו:

למסור הרשאת שימוש באתר "הר ביטוח".

למסור מידע בדבר מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/תם.

*בשיווק יזום קיימת חובה, כחלק מהתאמת הצרכים, לעיין באתר "הר הביטוח" (באמצעות הרשאה ו/או עיין עצמאי מצד המועמד לביטוח) או לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים אצל המועמד לביטוח.

מעיין באתר הר הביטוח ו/או מתשאול המועמד לביטוח נמצא כי למועמד לביטוח:

יש פוליסות בריאות רלוונטיות תקפות: פירוט [בסיס/נוספת/כתב שירות מסוג]: _____

[בפוליסות פיצוי אגד פרט] בסכומי פיצוי ע"ס: _____

לא אותרו פוליסות ביטוח רלוונטיות.

אנא סמן את האפשרות הרלוונטית לגבי הפוליסה הקיימת:

[] להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת	[] להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי.	[] להקטין את היקף הכיסוי/ סכום הביטוח בפוליסה הקיימת.	[] לבטל את הפוליסה הקיימת האם תהא מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת באמצעות חברת הביטוח של הפוליסה המוצעת או סוכן הביטוח? [] לא [] כן באמצעות [] חברת ביטוח [] סוכן ביטוח מצורפת ההצעה בקשת ביטול בגין הפוליסה הקיימת. כמו כן, אודה לקבלת עדכונים שיתקבלו בנוגע להליך הביטול באמצעות כתובת דוא"ל: _____ @ _____
--	---	--	---

במידה ונקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, יכלול תהליך ההתאמה, לכל הפחות, השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית. מצורף להצעה: [] מסמך השוואה בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת.

מינוי מוטבים למקרה מוות									
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות					מין	קירבה	% חלקים
מועמד ראשון לביטוח							ז / נ		
מועמד שני לביטוח							ז / נ		

פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר 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).
בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, 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/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף)	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל חובה למלא				
			מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב	
e-mail [] דואר ישראל []							בעל הפוליסה
e-mail [] דואר ישראל []							מועמד לביטוח בגיר שני
e-mail [] דואר ישראל []							מועמד לביטוח בגיר שלישי
e-mail [] דואר ישראל []							מועמד לביטוח בגיר רביעי

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותיי 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. נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

- יש לסמן V בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מבוטח בנפרד.
- חובה לרכוש עבור כל מבוטח לפחות אחת מתכניות הבסיס במסגרת חבילה או כתכנית בודדת (ראה תכניות בסיס).
- תפעול: יש לרכוש בכל פוליסה ביטוח יסודי 5594 ועבור פוליסה עצמאית.
- הרצף הביטוחי יינתן בהתאם לכיסויים שהיו קיימים בתוכנית הקבוצתית.
- פרמיה משתנה – דמי הביטוח משתנים במהלך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח וצמודים למדד הפוליסה כמפורט בתנאי הפוליסה וגילוי הנאות.

תכניות בסיס						נא לסמן ב-X את המסלול המבוקש:	
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	פורש		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5518 - ניתוחים באמצעות נותן שרות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	ניתוחים בישראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	או : 5517 - ניתוחים באמצעות נותן שרות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5522 - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	השתלות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5544 - תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב	*תרופות
תכניות נוספות בצמוד לתוכנית בסיס							
ניתן לרכוש תכניות נוספות רק בצמוד לתוכנית בסיס							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5524 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 2016	ניתוחים בחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5586 - שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות 2016	אמבולטורי

* אם בחר מבוטח בתוכניות של השתלות ותרופות ללא תכנית ניתוחים – יש להשתמש בתוכנית סל הזהב בקוד 5543 (סל הזהב ללא ניתוחים)

הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

O (סמן ב-X) אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס/טבעי/ת.

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 נמכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי מהשקל הראשוני (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 הראשוני '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.

הצהרות (יחול על כל אחד מהמועמדים לביטוח. לשון זכר מתכוון גם לנקבה)

- אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכל שא לא נעשה כך, יכול ותהא לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בחברה וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביני ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 3. 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 שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
 4. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
 5. אני הח"מ מסכים כי על פי 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 טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
 6. ידוע לי כי לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
 7. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ אחרת בסיס.
 8. לתכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
 9. אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן +ברות הביטוח.
 10. הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
 11. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
 12. ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, ניתן ליצור קשר עם החברה ולהודיע על כך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il או באמצעות טלפון 074-7311155. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
 13. **התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח:** הריני לאשר כי בוצע על ידי סוכן הביטוח שלי התאמת הביטוח המוצע לצרכי. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים, כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח. במידה והיו לי ביטוחים קיימים הרלוונטיים לביטוח המבוקש, הריני לאשר כי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש ונכח זאת מצאתי את הביטוח המבוקש תואם את צרכי. הריני לאשר כי נמסר בידיי מסמך השוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש וכי ככל שמסמך השוואה הנו גם תלוי החיתום הרפואי במסגרת הביטוח המבוקש, ידוע לי כי עלי לקבל העתק גם מתנאים אלו כחלק מתהליך ההתאמה. אישור לתנאי החיתום לביטוח המבוקש, ככל שיאושרו על ידי, יהו אישור להתאמת הביטוח לצרכי, לרבות תנאי הביטוח המבוקש למול ביטוחים רלוונטיים קיימים אחרים שברשותי.

	X	
תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר שני	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר שלישי	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר רביעי	חתימה

פרטי גביה			
מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מס' זהות בעל הכרטיס
		חתימת בעל הכרטיס:	
תאריך:			

אישור הסוכן	
אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.	
הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח כל הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת ל/והם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכי/הם.	
הרני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.	
תאריך	חתימת הסוכן