

הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל הפניקס SMART GROUP
← פרטי הסוכן

שם קולקטיב	טלפון להתקשרות
------------	----------------

← פרטי בעל הפוליסה

שם בעל הפוליסה		מספר ח.פ. / ת.ז.	
רחוב	מס' בית	יישוב	טלפון
דואר אלקטרוני		יעד נסיעה	תאריך יציאה
		תאריך חזרה	נייד

← דואר אלקטרוני

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקבוצה כהגדרתה בטופס זה, לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל. ידוע לי שבכל עת אוכל לבקש להסיר את פרטי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני, וזאת באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

נא סמן ב-✓ את בחירת המבוטח: מסכים לא מסכים

← הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות
 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 ואו 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).

← פרטי המועמדים לביטוח - אני מצהיר כי המבוטחים הם תושבי ישראל (סמן ב-✓) מאשר

מועמדים	מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	ת. לידה	מין (סמן ב-✓)
מועמד ראשון לביטוח					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
מועמד שני לביטוח					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
מועמד שלישי לביטוח					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
מועמד רביעי לביטוח					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
מועמד חמישי לביטוח					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה

← הצהרת המבוטח - שאלון רפואי (סמן ב-✓)

מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	מועמד ראשי	הצהרת המבוטח - שאלון רפואי (סמן ב-✓)
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	1. האם במהלך 3 החודשים האחרונים חל שינוי לרעה במצב הרפואי ו/או האם היה ביקור בחדר מיון או אשפוז ו/או ניתוח לאחד או יותר מהמועמדים לביטוח?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	2. האם אחד או יותר מהמועמדים לביטוח נמצא בהליך של בירור רפואי שטרם נקבעה בגינו אבחנה רפואית ו/או קיימת המלצת רופא להימנע מנסיעה לחו"ל?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	3. האם אחד או יותר מהמועמדים לביטוח חלה ו/או אובחן באחת מהמחלות או באחד מהאירועים הבאים? (במידה וכן סמן אחת או יותר מהמחלות או המצבים הרפואיים):
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	צינתור/בלון/התקף לב/אוטם שריר הלב בעשר השנים האחרונות.
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ניתוח מעקפים או ניתוח לב פתוח, מחלת לב פעילה
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	הפרעות בקצב הלב ו/או פרפור פרוזודורים
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	מחלה ממארת שטרם עברו 3 שנים ממועד גמר הטיפול הרפואי
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	מחלות מעיים (מחלת קרוהן ו/או דיברטיקולטיס)
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	אי ספיקת כליות - ללא טיפול בדיאליזה
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	אי ספיקת כליות - טיפול בדיאליזה
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	אירוע מוחי
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	מחלת מערכת העצבים
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	מושתל איברים
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	סוכרת תלוית אינסולין
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	COPD עם שימוש במחולל חמצן
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	קרישיות יתר
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	COPD ללא שימוש בחמצן
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	אפילפסיה
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	פרקינסון

הצהרת המבוטח - שאלון רפואי (סמן ב- ✓) - המשך					
מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	מועמד ראשי	סיסטיק פיברוזיס - CF
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"/>	המופליה וכל מחלה הדורשת טיפול בעירוי דם
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"/>	מחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)
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"/>	בעיות נפשיות ו/או פסיכיאטריות
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"/>	45. אנא סמן עבור מועמדות ממין נקבה בלבד: האם הינך בהריון?

הנחיות לטיפול בשאלון רפואי :

אם התשובה "כן" לשאלות 1 ו/או 2 ו/או 3 נדרש לעלות מסמכים רפואיים עדכניים לחיתום במייל: Travelinsurance@fnx.co.il

בחירת הרחבות						
תקופת הביטוח	מועמדים לביטוח					הרחבות לבחירה (סמן ב- ✓)
	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	מועמד ראשי	
כל תקופת הביטוח						טלפון נייד
מתאריך: _____ עד תאריך: _____						ביטול דמי השתתפות עצמית לרכב פרטי בחו"ל
מתאריך: _____ עד תאריך: _____						ספורט אתגרי
כל תקופת הביטוח						ספורט תחרותי
כל תקופת הביטוח						מצלמה
מתאריך: _____ עד תאריך: _____						ספורט חורף

X		
שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימת המועמד לביטוח