תחום ביטוח בריאות
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

הצעה לביטוח סיעודי

פרטי הסוכן						
	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה	מס' עיסקה

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	קופ"ח	מס' תעודת זהות	מין	ת. לידה	מצב משפחתי	עיסוק
מבוטח ראשי					ז / נ			
מבוטח שני					ז / נ			
ילד 1					ז / נ			
ילד 2					ז / נ			
ילד 3					ז / נ			

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 התקשרות (בזק ושידורים), 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

	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קירבה	% חלקים
מבוטח ראשי				ז / נ		
מבוטח שני				ז / נ		
ילדים				ז / נ		

פירוט הכיסויים המבוקשים

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח | | | | 1 | 0

סעודי 360 (פרמיה קבועה) - 30 יום המתנה

◯ (1504) מבוטח ראשי. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1504) מבוטח שני. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1504) ילד. גובה פיצוי למבוטח _____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

סיעודי 360 (פרמיה קבועה) – תקופות המתנה ארוכות. תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים.

מבוטח ראשי | ◯ (1505) 36 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | ◯ (1506) 60 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)

מבוטח שני | ◯ (1505) 36 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | ◯ (1506) 60 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)

ילד | ◯ (1505) 36 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית) | ◯ (1506) 60 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 10,000 ש"ח בבית)

עתיר כבוד (פרמיה קבועה)- 60 יום המתנה

◯ (1537) מבוטח ראשי. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח) | תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1537) מבוטח שני. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח) | תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1537) ילד. בסכום ביטוח של _____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח) | תקופת הפיצוי המבוקשת לעתיר כבוד: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

סיעודי משלים

עתיר כבוד משלים - תקופת תגמול לכל החיים

מבוטח ראשי | ◯ (1539) 36 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח) | ◯ (1538) 60 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)

מבוטח שני | ◯ (1539) 36 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח) | ◯ (1538) 60 חודשי המתנה_____ ש"ח (מקס' 20,000 ש"ח)

סיעודי משלים (פרמיה משתנה)

◯ (1745) מבוטח ראשי | תקופת הפיצוי המבוקשת: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים | עד גיל כניסה 55

◯ (1745) בן/בת זוג | תקופת הפיצוי המבוקשת: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1746) לילדים עד גיל 20 | תקופת הפיצוי המבוקשת: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה +משתנה) מבוטח חדש / מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף (גיל כניסה מקסימאלי – 60)

ראשי | ◯ (1537) גובה פיצוי פרמיה קבועה _____ ש"ח מס' פוליסה בתוקף _____ | ◯ (1734) גובה פיצוי פרמיה משתנה _____ ש"ח לתקופה: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

משני | ◯ (1537) גובה פיצוי פרמיה קבועה _____ ש"ח מס' פוליסה בתוקף _____ | ◯ (1734) גובה פיצוי פרמיה משתנה _____ ש"ח לתקופה: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

1. יש לציין את סכומי הביטוח בפרמיה הקבועה ובפרמיה המשתנה ביחס שלא יפחת מ- 1:1 בהתאמה.
2. סכום ביטוח מקסימאלי: 10,000 ש"ח לכל פוליסה.

שאלון הצהרת בריאות - הוקראה וניתנה ע"י המבוטחים בטלפון

		ראשי	שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
	גובה/משקל	/	/	/	/	/
1.	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטל/ת תרופות?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
2.	האם הינך סובל/ת ו/או סבלת ממחלה כלשהי, פציעה או מצב מתאונה?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
3.	האם הינך סובל/ת ו/או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, יתר לחץ דם, מחלות דם ו/ או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, עודף שומנים בדם?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
4.	האם הינך סובל/ת ו/או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני, מחלות דרכי נשימה, אסטמה, עיוורון מלא ו/או חלקי ו/או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים ו/או חירשות,מחלות עור, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
5.	האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
6.	האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או ניתוח כלשהו בעתיד?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
7.	האם הינך סובל/ת מהפרעות רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
8.	האם הינך סובל/ת ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
9.	האם הנך צורך משקאות חריפים? האם הנך משתמש ו/או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
10.	האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוט, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, אוסטיאופורוזיס?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
	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?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
2.	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או נאמר לך שהנך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
3.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
4.	האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא

הצהרות

אני/אנו החתום/ים מטה ו/או המועמד/ים לבעלות על הפוליסה, 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 התבאים 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 ו/או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק ו/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.אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח. 6. 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 הביטוחי או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם. במידה והתשובה היא חיובית לאחת מהשאלות בסעיף זה (סעיף 6) , יש למלא שאלון החלפה מלא.

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

השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעוד של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית ו/או פוליסת סיעוד פרטית?	○ כן ○ לא	לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופות החולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מהשב"ן.
קופת חולים:	○ כללית ○ מכבי ○ מאוחדת ○ לאומית	הגוף המבטח:
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב:	הגוף המבטח:
פוליסת סיעוד פרטית*	הגוף המבטח:	

*נא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב ו/או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח – הפניקס)

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת ○ קופת החולים ○ קבוצה ו/או קולקטיב ○ פוליסת סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'.
ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 ו/או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

הצהרת המבוטח: אני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את מדריך לקונה ביטוח סיעודי ○ כן ○ לא

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אופן תשלום

○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי

פרטי גביה

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	ת.ז.

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 המועד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

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

300301147