

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי צוות ובני משפחתם
כולל הצהרת בריאות**

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא
האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא

• טופס זה תקף אם התקבל במשרדי "מדנס" לאחר 60 יום מהשחרור.

פרטי המבוטח הראשי העמית				
/ /				
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מ.א	תאריך פרישה

פרטי המועמדים לביטוח						
קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	מין	בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל
						ביטוח צוות מלא משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
עמית				/ /	ז / נ	
בן/בת זוג				/ /	ז / נ	
ילד 1				/ /	ז / נ	
ילד 2				/ /	ז / נ	
ילד 3				/ /	ז / נ	
ילד 4				/ /	ז / נ	

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
עמית			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	@

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):
<ul style="list-style-type: none"> מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות. מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת. מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.

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			
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
עובד/ת						
מועמד לביטוח בגיר שני						
מועמד לביטוח בגיר שלישי						
מועמד לביטוח בגיר רביעי						
מועמד לביטוח בגיר חמישי						

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, פיננסיים 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

במקרים בהם המועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף

שאלון הצהרת בריאות		מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1.	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג) האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? <u>ילידים עד גיל 16</u> (במקום פרטי גובה ומשקל) האם הייתה התייעצות עם רופא ו/או אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון?												
2.	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)												
3.	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?												
4.	האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)												
5.	האם הנך נוטל תרופות שגרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)												
6.	האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הנך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו?												
7.	א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____ מספר שנים _____ ב. אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון _____ ילידים מגיל 16 בלבד												
8.	האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים :												
8.1	מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר השנים האחרונות), מומי לב מולדים?												
8.2	מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, כאבי ראש כרוניים.												
8.3	מחלות מערכת העיכול, ושט, תרסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה?												
8.4	מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית, לבלב-פנקריאס, בלוטת התריס (תירויד), חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?												
8.5	מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטריות?												
8.6	מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/ נחירות)? סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה?												
8.7	מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות?												
8.8	מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?												
8.9	מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
8.10	מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה, BCC?												
8.11	מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם, קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
8.12	מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?												
8.13	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?												
8.14	מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?												

המשך שאלון הצהרת בריאות														
אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:														
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד ראשי		מועמד משני				
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא			
												8.15		<p>מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון? ילידים עד גיל 16: אשך טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? לנערות עד גיל 16: הפרעות מחזור, בעיות פריון, קונדילומה? בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?</p>
												8.16		
													9.	<p>היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סכרת, שבץ מוחי? (נא לציין קירבה ומחלה)</p>
בנוסף לשאלות לעיל:														
													10.	<p>ילידים (עד גיל 18): א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילידים עד גיל 3 – האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.</p>

פירוט ממצאים חיוביים				
שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

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

מינוי מוטבים למקרה מוות											
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות						מין	קירבה	% חלקים	
								ז / נ			
								נ / ז			
										מועמד ראשי	
										מועמד משני	

משלים שב"ן – גילוי נאות	
	<p>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 הבריאות נוספים בקופת 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.</p> <p>ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.</p>
הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן	
<input type="checkbox"/>	<p>אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".</p> <p>הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.</p>

הצהרת המועמדים לביטוח	
	<p>1. הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.</p> <p>2. ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותי וכן כל מידע שייצבר אודותי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, ניהול, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה - "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 המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.</p> <p>3. 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 יישמר במאגרי המידע של החברה 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.</p> <p>4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון ניד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.</p> <p>5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.</p> <p>6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.</p> <p>7. דמי הביטוח ייגבו באמצעות מת"ש.</p>

ויתור על סודיות רפואית		
<p>אני הח"מ המבטח, נותנת/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי הפניקס ו/או תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצבונתי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>		
	X	
תאריך		שם מועמד ראשי
תאריך	X	שם מועמד לביטוח בגיר שני
תאריך	X	שם מועמד לביטוח בגיר שלישי
תאריך	X	שם מועמד לביטוח בגיר רביעי
תאריך	X	שם מועמד לביטוח בגיר חמישי

את הטופס יש לשלוח למוקד "בריאות בצוות" מקבוצת מדנס, רחוב השלושה 2, תל אביב 67060 או לפקס: 073-2128378 לשאלות ניתן לפנות למוקד "בריאות בצוות" בטלפון: 1700-700-251

לפרטים נוספים הנך מוזמן להיכנס לאתר "מדנס" לעמיתית צוות: www.bhealthy.co.il