

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי דלק קליאוט ובני משפחותיהם
כולל הצהרת בריאות**

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא
האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא
טופס זה מיועד ל:

- עובדים קיימים / חדשים ובני משפחותיהם (בן/בת זוג וילדים) המצטרפים לרובד הבסיס ולרובד ההרחבה לאחר 90 יום מתחילת הפוליסה או ממועד תחילת העסקתם אצל בעל הפוליסה.
 - תינוק חדש שנולד לעובד המצטרף לאחר 90 יום מיום הלידה.
 - בן/בת זוג חדש של עובד המצטרף/ת לאחר 90 יום מיום הנישואין.
 - מבוטח שהפסיק את הביטוח ומבקש לחזור לביטוח.
- תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח							
מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	רובד** בסיס	רובד*** הרחבה	
						מלא מהשקל הראשון	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
			/ /	נ / ז			עובד/ת
			/ /	נ / ז			בן/בת זוג
			/ /	נ / ז			ילד עד גיל 25
			/ /	נ / ז			ילד עד גיל 25
			/ /	נ / ז			*ילד עד גיל 25
			/ /	נ / ז			*ילד עד גיל 25
			/ /	נ / ז			ילד מעל גיל 25
			/ /	נ / ז			ילד מעל גיל 25

* ילד (עד גיל 25) שלישי ואילך באותה משפחה – חינם.

** רובד בסיס-השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ושירותים אמבולטוריים בסיס.

*** רובד הרחבת- ניתוחים בישראל (ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), ניתוחים בחו"ל, שירותים אמבולטוריים הרחבה. ההצטרפות לרובד הרחבה מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס.

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

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):

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

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	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, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארדומטריה, 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?													
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	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)?
												8.16	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)
												9.	בנוסף לשאלות לעיל: 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.
												10.	

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')

תאריך	שם מועמד ראשי	X
	שם מועמד לגיר שני	X
	שם מועמד לגיר שלישי	X
	שם מועמד לגיר רביעי	X
	שם מועמד לגיר חמישי	X

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

שאלון ביטוחים קיימים	
(רלוונטי רק במקרים של שיווק יזום ביחס להוספת כיסויים לביטוח הקבוצתי והמועמד לביטוח עתיד לשאת בתשלום מלא או חלקי) כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך: האם יש ברשותך פוליסת ביטוח בריאות פרטית/קבוצתית תקפות מסוג _____ [סוג הכיסויים הנוספים/ההרחבות] ? [] לא [] כן: פרט אלו כיסויים נוספים/הרחבות קיימות: _____	

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, פקסימליה, 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

משלים שב"ן – גילוי נאות

- א. הכיסי 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 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.
- ב. למימוש כיסי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסי 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.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

הצהרת המועמדים לביטוח

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.
2. ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי 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.
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 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.
4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. ידוע לי כי המעסיק מממן פרמיה עבורי לרובד הבסיס בלבד כולל גילום המס.
7. אני מאשר כי הפרמיה עבורי בגין רובד ההרחבה ועבור בני משפחתי תנוכה משכרי ועל חשבוני.

יתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ולאו לעובדיה הרפואיים האחרים ולאו למוסדותיה הרפואיים ולאו לסניפיה ולאו לשלטונות צה"ל ולאו למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולאו 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 ולאו על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולאו שהנני חולה בה כעת ולאו שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ולאו כל עובד רפואי אחר ולאו מוסד ממוסדותיכם ולאו כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי הפניקס "ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

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