

הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל טלפוני (במכירה טלפונית חובה בהקלטה) - הפניקס Smart Travel

פרטי הסוכן			
שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' סניף	מס' קולקטיב

לאן אתה נוסע? (סמן ב- ✓ את כל היעדים בהם תבקר)

<input type="radio"/> אירופה <input type="radio"/> אמריקה הצפונית <input type="radio"/> אסיה <input type="radio"/> אוסטרליה/ניו זילנד <input type="radio"/> דרום/מרכז אמריקה <input type="radio"/> אפריקה מתי אתה נוסע? מ- _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____ האם במהלך הנסיעה אחד או יותר מהמועדים לביטוח מתכוון לבקר במדינת נפאל (Nepal)? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

רחוב	מס' בית	יישוב
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני

דואר אלקטרוני

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקבוצה להגדרתה 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 המבטוח: 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 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).

פרטי המועמדים לביטוח - אני מצהיר כי המבטוחים 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 המבטוח - שאלון רפואי (סמן ב- ✓)

מועמד ראשי	מועמד 2	מועמד 3	מועמד 4	מועמד 5
<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"/> לא <input type="radio"/> כן

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?
 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?
 3. האם אחד או יותר מהמועמדים לביטוח נוטל/אובחן כי עליו ליטול תרופות באופן קבוע? (לתשומת ליבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בתרופות בגין תת/יתר פעילות בלוטת התריס, אלרגיה, מיגרנה, הפרעות קשב וריכוז, גלולות הריון, כולסטרול, צרבת, אולקוס, כיב קיבה ויטמינים, תוספי מזון)

במידה והתשובה לשאלה 3 חיובית

3.1 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"/> 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
מחלת לב (מחלת לב איסכמית ו/או אוטם שריר הלב ו/או אי ספיקת לב)	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
הפרעות בקצב הלב ו/או פרפור פרוזודורים	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
מחלת סרטן (שטרם הלפון 6 חודשים מיום מתן טיפול אחרון) ו/או מחלת סרטן כרונית	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
מחלות מעיים (מחלת קרוהן ו/או דיברטיקוליטיס)	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
אי ספיקת כליות - ללא טיפול בדיאליזה	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
אי ספיקת כליות - טיפול בדיאליזה	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
אירוע מוחי	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
מחלת מערכת העצבים	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
מושתל איברים	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
סוכרת תלוית אינסולין	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
COPD עם שימוש במחולל חמצן	<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"/> לא <input type="radio"/> כן
קרישיות יתר	<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"/> לא <input type="radio"/> כן

מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	מועמד ראשי	הצהרת המבוטח - שאלון רפואי (סמן ב- ✓) - המשך
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	COPD ללא שימוש בחמצן
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	אפילפסיה
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	פרקינסון
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	סיסטיק פיברוזיס - CF
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	4. אנה סמן עבור מועמדות ממיין נקבה בלבד: האם הינך בהריון?
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	4.1 אנה סמני האם ההריון: הוגדר ע"י רופא ו/או ע"י הצוות המטפל בכתב כהריון בסיכון גבוה ו/או ההריון מרובה עוברים
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	4.2 מהו שבוע ההריון הנוכחי, בעת מילוי שאלון זה, עבור כל אחת מהמועמדות לביטוח שבהריון? (יש לסמן את שבוע ההריון בלבד, ללא צורך בימים. לדוגמא: הריון בשבוע 18 + 6 ימים, יש לסמן שבוע 18)

הנחיות לטיפול בשאלון רפואי:

אם התשובה "כן" לשאלות מספר 1 ו/או שאלה 2 ו/או שאלה 4.1 נדרש לעלות מסמכים רפואיים עדכניים לחיתום במייל: travelinsurance@fnx.co.il. בהתאם לתשובות המבוטח על השאלון הרפואי ולאחר הזנתן במערכת ההפקה, יקבע האם נדרשת הרחבה למצב רפואי קודם.

בחירת הרחבות

תקופת הביטוח	מועמדים לביטוח					הרחבות לבחירה (סמן ב- ✓)
	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	מועמד ראשי	
כל תקופת הביטוח						כבודה
כל תקופת הביטוח						ביטול/קיצור נסיעה לתשומת ליבך, הכיסוי להפסד תשלומים בגין ביטול/קיצור נסיעה לא יחול במקרה של מוות או החמרה במצב רפואי קודם של בן משפחה קרוב ו/או הריון.
מ- _____ עד _____						ספורט חורף
כל תקופת הביטוח						ספורט תחרותי
מ- _____ עד _____						ספורט אתגרי
כל תקופת הביטוח						גניבת מצלמה
כל תקופת הביטוח						גניבת טלפון סלולרי
כל תקופת הביטוח						גניבה של מחשב נייד/טאבלט
מ- _____ עד _____						ביטול דמי השתתפות עצמית לרכב פרטי/ רכב קרוואן שכור בחו"ל
כל תקופת הביטוח						אופניים ורכיבה על אופניים
						סכום הביטוח המבוקש: עד \$2,500 עד \$7,500
						ציין מספר שילדה _____ דגם ויצרן _____
כל תקופת הביטוח						ביטוח תאונות אישיות מות או נכות מלאה וצמיתה מתאונה
כל תקופת הביטוח						הוצאות רפואיות בישראל
כל תקופת הביטוח						הסר כיסוי איתור וחילוץ
כל תקופת הביטוח						הסר כיסוי חבות לצד שלישי

הוראות תשלום סמן ב- ✓

○ ויזה כ.א.ל. ○ ישראלכארט ○ לאומי קארד ○ דינרס ○ אמריקן אקספרס ○ אחר

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

הריני לאשר כי ביום _____ שוחחתי עם המועמד שפרטיו מפורטים לעיל והוא מסר לי את פרטי כרטיס האשראי המפורטים לעיל. הסברתי למועמד כי מדובר בהרשאה שהוא נותן לחייב את כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן בטופס זה, מעת לעת בכל חיוב שיוטל על פי הפוליסות ותוספותיהן המפורטות להלן לרבות דמי ביטוח, דמי השתתפות עצמית וכן חיובי הוצאות שלכם עקב אי כיבוד תשלומים בקשר עם הפוליסה, הכל כפי שיקבע ע"י הפניקס והפניקס תודיע לחברת האשראי (להלן: "החייבים") והוא מסכים כי הרשאה זו תהיה בתוקף כל עוד לא הודיע להפניקס בכתב על ביטול ההרשאה. ביטול הרשאה ייכנס לתוקף בתוך 30 ימים מהמועד בו התקבלה הודעתו בכתב על ביטול ההרשאה. אני מאשר כי הרשאה זו תהיה תקפה לביצוע החיובים הנ"ל גם באמצעות כל כרטיס אשראי אחר שיופק במקום כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן בטופס זה ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי הפניקס.

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, המועד/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.

מספר הטלפון של המועמד					תאריך השיחה
X					
חתימת הסוכן					תאריך