

הצעה לביטוח חיים וכיסויים נוספים

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה: <input type="radio"/> מבוטח <input type="radio"/> אחר (א למלא את הפרטים בטבלה)	
שם בעל הפוליסה	ס"ב
ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	טלפון
<input type="radio"/> אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> אופן התשלום <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	ת.ז.
תאריך לידה	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים	<input type="radio"/> מין <input type="radio"/> מצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	ת.ז.
תאריך לידה	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים	<input type="radio"/> מין <input type="radio"/> מצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקשורות אליכם לקבל באמצעות הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע שהוא לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושירותים), 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

לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות?	לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>

פרטי הילדים				לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן "קרן הפנסיה" יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21.			
1.	שם הילד	ת.ז.	סי"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים	קרבה
2.	שם הילד	ת.ז.	סי"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים	קרבה
3.	שם הילד	ת.ז.	סי"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים	קרבה
4.	שם הילד	ת.ז.	סי"ב	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים	קרבה

מינוי חוטבים - למבוטח הראשי							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים	
				ז / ב			למקרה מוות
				ז / ב			
				ז / ב			
				ז / ב			למקרה חיים
				ז / ב			

מינוי חוטבים - למבוטח השני							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים	
				ז / ב			למקרה מוות
				ז / ב			
				ז / ב			
				ז / ב			למקרה חיים
				ז / ב			

שם בעל הכרטיס	ת.ד.	תוקף הכרטיס עד	מס' הכרטיס	חתימת בעל/ת הכרטיס
---------------	------	----------------	------------	--------------------

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד	בנק	סניף	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
כתובת הסניף		611 קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
1. א/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון		
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד		
<p>נותקים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לילנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע ל/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>						
חתימת בעל/י החשבון				תאריך		

אישור הבנק

לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק	
ת.ד. 25333		611 קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
תל-אביב 61253		קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונסעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/נו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.				
תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחומת הבנק			

ביטוחים נוספים

סוג הכיסוי	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילדים (לכל הילדים שצויינו בדף 2)
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה (512)		ש"ח	
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים (405)		ש"ח	
<input type="radio"/> מוות מתאונה (909)	ש"ח	ש"ח	
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)	ש"ח	ש"ח	ש"ח (152)
<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (533, 523) זהב (532, 522) <input type="radio"/> כסף (521, 531) ארד (520, 530)	ש"ח	ש"ח	ש"ח (634)
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה	ש"ח _____ לחודש (246) לתקופה של _____ שנים	ש"ח _____ לחודש (247) לתקופה של _____ שנים	
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח _____ לחודש (346) לתקופה של _____ שנים	ש"ח _____ לחודש (347) לתקופה של _____ שנים	
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	ש"ח	ש"ח	
<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	ש"ח	ש"ח	
<input type="radio"/> השתלות ועוד + סגולה מורחבת (1716+1707)			
<input type="radio"/> גשר - שחרור פרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (68) (רק אם קיים שחרור פרמיה באובדן כושר עבודה).	לתשומת לבכם - גיל מינימלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ מקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום נוכחי קטן משנה) _____ האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש	<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) 3 <input type="radio"/> תקופת המתנה 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)	<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח
הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (8) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	
<input type="radio"/> פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)	<input type="radio"/> שכר החודשי _____

* הערה: במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67

◀ "עד שתוכלי" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

מבוטח ראשי	מבוטח שני
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____	האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי לגיל _____ *(60-67) ש"ח לחודש	פיצוי חודשי לגיל _____ *(60-67) ש"ח לחודש
3 חודשי המתנה	3 חודשי המתנה
<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1508) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1509)	<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1508) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1509)
<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1512) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1513)	<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1512) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1513)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)
<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים	<input type="radio"/> הרחבה משופרת
* במידה ולא נרשם אחרת, יקנה כיסוי לגיל 67.	

באם יש בידיך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1. גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיבות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8. האם הינך צורך משקאות חריפים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
10. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיא, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני? (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמימה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטירות: ימין שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך	אבחנה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראוטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטח הראשי

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1. גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסינות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גח, ציסטות, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, הפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה	
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוסס השני

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

פרטי הילדים המבוטח/ים				
1	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> מין
2	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> מין
3	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> מין
	קופ"ח	שם רופא מטפל	פרטי ההורה בפוליסה	שם פרטי

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנבי מצהיר אודות מצב בריאות הילדים כדלקמן

1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	האם הינך צורך משקאות חריפים?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מימן

חתימת ההורה/אפוטרופוס
 מספר ת.ז.
 שם ההורה/אפוטרופוס
 תאריך

הצהרת בריאות ילדים (המשך)

8. האם היית או היך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפולי, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות:
בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הושלם בגופך קוצב לב או סטנט?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני (7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמימה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____			
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס (3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?
אם כן - ציין שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____			
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. הנבי חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים

ילדים בפוליסת בריאות עד גיל חצי שנה יש לצרף בנוסף להצהרת הבריאות גם טופס שיחרור ילוד מבית חולים.

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	6. דרכי העיכול
2. גב ועמוד השדרה	7. גידולים
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	8. בעיות נפשיות
4. דרכי הנשימה	9. שאלון יתר לחץ דם
5. נכויות/פציעות	10. שאלון מחלות כללי

חתימת ההורה/אפוטרופוס

חתימה	מספר ת.ז.	שם ההורה/אפוטרופוס	תאריך
-------	-----------	--------------------	-------



שם מבוטח ראשי	שם מבוטח שני	ת.ז.	ת.ז.
<p>1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי מסוף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p>			
<p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>			
<p>3. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.</p>			
<p>4. אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים 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 החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם 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 "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני	

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך מעוניין למנותו, בבקשה לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התספוח ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.</p>			
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני	

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחומת הסוכן

