

"מסלול לחיים" - הצעה לביטוח בתוכנית רגילה

(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 בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן: פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.

מבוטח אחר (מא למלא את הפרטים בטבלה ולחתום על טופס הצהרה ראשונה (ראה דף הצהרות) על פי צו איסור הלבנת הון - בפרמיה שנתית מעל 20,000 ש"ח)

שם בעל הפוליסה	ת.ד.	כתובת	טלפון
<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	ס"ב
ת.ד.	ת.ד.
<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"/> 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
מין	מין
המצב המשפחתי	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	הרופא המטפל
קופת חולים	קופת חולים
כתובת הסניף	כתובת הסניף
מקצוע	מקצוע
עיסוק	עיסוק

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

פרטי המבוטח הראשי

שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	ס"ב
ת.ד.	ת.ד.
<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"/> 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
מין	מין
המצב המשפחתי	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	הרופא המטפל
קופת חולים	קופת חולים
כתובת הסניף	כתובת הסניף
מקצוע	מקצוע
עיסוק	עיסוק

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון ביד	e-mail
-------	-----------	---------------	--------

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

מינוי מוטבים - למבוטח השני					
תאריך לידה	חלקים	קרבה	ת.ז.	שם	ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי					
תאריך לידה	חלקים	קרבה	ת.ז.	שם	ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב
					ס"ב

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	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
2.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
3.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
4.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

תאריך התחלת הביטוח	תכנית הביטוח <input checked="" type="checkbox"/> רגילה	ש"ח	תשלום תקופתי	תוכנית להון בלבד
--------------------	--	-----	--------------	------------------

חסול לחיים - הפוליסה המבוקשת (סמן ✓ לבחירת הפוליסה המבוקשת)					
קוד מוצר	שם הפוליסה	דמי ניהול המתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ירידה של דמי ניהול מחיסכון מצטבר כתוצאה מוותק	
Q	מסלול לחיים שירות	6% קבוע	1.5%	יש	<input type="radio"/>
S	מסלול לחיים יורד	13% יורד עד 5%	1%	ללא	<input type="radio"/>
P	מסלול לחיים משולב פלוס	9% יורד עד 3%	1.2%	ללא	<input type="radio"/>
U	מסלול לחיים צבירה	0% קבוע	2%	יש	<input type="radio"/>

חסול השקעות	
<input type="radio"/> כלי 1	%

חסול אחר			
<input type="radio"/> אג"ח צמודי מדד	%	<input type="radio"/> מנייתי 2 - (לפחות 85% מניות)	%
<input type="radio"/> אג"ח 1 - (לפחות 60% אג"ח)	%	<input type="radio"/> כלי 2	%
<input type="radio"/> אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח)	%	<input type="radio"/> מט"ח	%
<input type="radio"/> מנייתי 1 - (לפחות 50% מניות)	%	<input type="radio"/> כלי - חו"ל	%

חסול הביטוח למבוטח ראשי בלבד	
<input type="radio"/> ש"ח צמוד למדד כולל צבירה (3)	<input type="radio"/> ש"ח צמוד למדד לא כולל צבירה (4)

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

מבוטח שני				מבוטח ראשי			
פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____				פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____			
6	3	תקופת המתנה	ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)	6	3	תקופת המתנה	ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)
6	3	תקופת המתנה	ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)	6	3	תקופת המתנה	ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)
6	3	תקופת המתנה	ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827)	6	3	תקופת המתנה	ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827)
6	3	תקופת המתנה	ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829)	6	3	תקופת המתנה	ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829)
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				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 מושלמת (8) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (5) <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/>				הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה כולל החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/>			
שכר החודשי _____				פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים <input type="radio"/>			

הרחבות לאובדן כושר עבודה

<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד
ש"ח	הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך

"עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמית קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

מבוטח שני				מבוטח ראשי			
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> כן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____				האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> כן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____			
<input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח				<input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח			
פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש _____ (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)				פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש _____ (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)			
<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 מושלמת				<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים			

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

<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד
ש"ח	הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך

הערה

בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -
מעל - בנוסף לתקציב - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.
מתוך התקציב - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותירכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.
 אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, יירכש הכסוי מתוך הפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.
 במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחולל מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח ראשי *

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בדף הקודם)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה (511)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים (404)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> מוות מתאונה (909)			ש"ח
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)			ש"ח
<input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (523) <input type="radio"/> זהב (522) <input type="radio"/> כסף (521) <input type="radio"/> ארד (530)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה (246)			ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)			ש"ח
<input type="radio"/> נכות רגילה (55)			ש"ח
<input type="radio"/> השתלות ועוד+סל הזהב (1716+1744)			ש"ח
<p>לתשומת לבכם - גיל מינימלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ מקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום הנוכחי קטן משנה) _____ האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>			
<p><input type="radio"/> גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באופן כושר עבודה).</p>			

ביטוחים נוספים למבוטח השני *

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בדף הקודם)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה (512)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים (405)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> מוות מתאונה (909)			ש"ח
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)			ש"ח
<input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (533) <input type="radio"/> זהב (532) <input type="radio"/> כסף (531) <input type="radio"/> ארד (520)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה (247)			ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (347)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)			ש"ח
<input type="radio"/> נכות רגילה (55)			ש"ח
<input type="radio"/> השתלות ועוד+סל הזהב (1716+1744)			ש"ח

ביטוחים נוספים לילדים *

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בדף הקודם)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> נכות מתאונה (152)			ש"ח
<input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים (634)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח
<input type="radio"/> השתלות ועוד+סל הזהב (1716+1744)			ש"ח

* בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות, ובמידה וחרגה מהתקציב המותר - יוקטן סכום הכיסוי על פי תנאי הפוליסה.

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			קוד מוסד		611	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)						
1. אב/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק					
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד		
<p>נתן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונ/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 לי/לנו כי:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו 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/ו 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 לשאר 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>						
תאריך				חתימת בעל/י החשבון		

אישור הבנק

לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ					
ת.ד. 25333						
תל-אביב 61253						
מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק	611		
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				קוד מוסד		
<p>קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונ/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל 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 הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>						
תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחומת הבנק			



הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבטוח ראשי	ת.ד.	שם מבטוח שני	ת.ד.
<p>1. אני/ו החתומים/ים מטה, המבטוח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים 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 הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התמאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ובפרעה במלואה. (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 המבטוח 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 בתחביבי 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/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p>			
<p>4. אני הח"מ המבטוח, נתן/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 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 "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עמובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לנאפים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	חתימת בעלת הפוליסה	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני

הצהרה ראשונה על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

<p>במקרה של פרמיה שנתית העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ המבטוח הראשי ובעל הפוליסה, מצהיר בזאת כי אנו פועלים עבור עצמנו, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו על בעל הפוליסה והמבטוח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אנו מתחייבים להודיע למבטוח אם נפגע עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.</p>			
תאריך	חתימת בעלת הפוליסה	חתימת המבטוח	

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטוח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטוח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתומים/ים מטה ממנה/ממכים 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 בעלת הפוליסה	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח 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 התוספות) ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרום מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.</p>			
תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני	

אישור הסוכן

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



← הצהרת בריאות - מבוחס ראשי

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן	
1. גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
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	אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית / נכות קבועה / טרם נקבעה נכות
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	אם כן - ציין מינון תרופה משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך צורך משקאות חריפים?
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות
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.	אם כן, ציין מספר סגירות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)
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 (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	האם הושטל בנפרד קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7)	
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 ניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7)	
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)	
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית הסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	
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)	
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?	אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	

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

← חתימת המבוחס 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"ח או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן	
1. גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
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	אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	אם כן - ציין מינון תרופה משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך צורך משקאות חריפים?
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות
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.	אם כן, ציין מספר סגריות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)
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 (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)	
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 שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7)	
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)	
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית הסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	
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)	
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?	אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	

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

רשימת שאלוני המשך

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

חתימת המבוטח

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

פרטי הילד/ים 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.

הבני מצהיר אודות מצב בריאתי 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, 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"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	תרופה
				מינון
				תדירות
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"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מתי
				מסך האשפוז
				סיבת האשפוז / הניתוח
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	כמות ליום/שבוע
				כוסיות
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	שם הילד	שם הילד	שם הילד	מספר סגריות ליום
				משך העישון בשנים
				מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)

תחמת 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 בטיפול, 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, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבозה), 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 שרירי, 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, מזת, 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) (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"/>	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 ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמימה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: 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 וצמות, 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. הנני 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 שיחזור 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

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



שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

פוליסות ביטוח חיים	
האם בידיך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:	
1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח החיים הקיימות שבידיך:	
יבוטלו	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ייפדו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יסולקו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

האם בידיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
במקרה שהתשובה היא כן:	
2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:	
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסוי בריאות)	
האם בידיך פוליסות בריאות שבתוקף?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:	
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות הביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):	
1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
תסולקנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
תסתיימנה בכל דרך אחרת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:	
בכיסויים הביטוחיים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
בסכומי הביטוח או בפרמיה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

חתימות			
תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו- 2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.			
שם המבוטח	מס' ת.ז.	טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח		

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:			
שם הסוכן	מס' הסוכן	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת הסוכן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת / חותמת הסוכנות		

