

"מסלול לחיים" תגמולים לעצמאיים - הצעה לביטוח, לקרן הפנסיה ולקופת - גמל

(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 ו/או המועמד לביטוח בקרן פנסיה בניהול הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או לקופת הגמל הפניקס גמל בע"מ פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח ו/או לתכנית פנסיה ו/או לקופת גמל 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.

בכל הצטרפות לקרן פנסיה יש למלא פרטי מבוטח שני במסגרת המודגשת.

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	
ת.ד.	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	מין המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתבת 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.ד.	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	מין המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים
כתבת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתבת	מס' טלפון	מס' טלפון ביד	e-mail
------	-----------	---------------	--------

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<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, העבר שאלון טייס
<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, פרט
<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, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם קיימות בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף? אם כן, יש למלא ולחתום על שאלון החלפה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט

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

מינוי מוטבים - למבוטח השני ←

שם	ס"ב	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				

במות המבוטח

מרבא לביטוח

לתשומת לב! המוטבים ב"קרן הפנסיה" הם לפי תקנון הקרן.

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי ←

שם	ס"ב	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				
	ס"ב				

במות המבוטח

מרבא לביטוח

לתשומת לב! המוטבים ב"קרן הפנסיה" הם לפי תקנון הקרן.

ש"ח* _____

תשלום תקופתי

תאריך התחלת הביטוח 0 | 1 | 2 | 0

תנמולים לעצמאים תכנית הביטוח

אופן הגבייה הוראת קבע כרטיס אשראי הודעת תשלום אופן התשלום חודשי רבע שנתי חצי שנתי שנתי

* בפרמיה שנתית גבוהה מ-20,000 ש"ח יש למלא טופס נפרד.

מסלול השקעות ←

כללי 1 (14)

%

מסלול אחר ←

<input type="radio"/> אג"ח צמודי מדד (10)	%	<input type="radio"/> מנייתי 2 - (לפחות 85% מניות) (18)	%
<input type="radio"/> אג"ח 1 - (לפחות 60% אג"ח) (11)	%	<input type="radio"/> כללי 2 (19)	%
<input type="radio"/> אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח) (15)	%	<input type="radio"/> מט"ח (13)	%
<input type="radio"/> מנייתי 1 - (לפחות 50% מניות) (12)	%	<input type="radio"/> כללי - חו"ל (21)	%

חלוקת התשלום התקופתי ←

שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מההיסכון המצטבר	סך לתוכנית משלמת קצבה	פוליסת מסלול לחיים
N מסלול יורד <input type="radio"/>	13% יורד	1%	סך	<input type="radio"/> פוליסת מסלול לחיים
M מסלול משולב פלוס <input type="radio"/>	9% יורד	1.20%		<input type="radio"/> יש לסמן את התשלום המבוקש
K מסלול שירות <input type="radio"/>	7% קבוע	1.40%		<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה _____
L מסלול צבירה <input type="radio"/>	0% קבוע	2%		<input type="radio"/> הפניקס פנסיה כללית _____
ההכנסה המבוטחת תגדר מחלוקת התשלום	16% <input type="radio"/>	14.50% <input type="radio"/>	סך	<input type="radio"/> קופת גמל _____
יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה			סך	<input type="radio"/> קרן השתלמות לעצמאי _____
יש למלא טופס הצטרפות עמית לקופת גמל			סך	
יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן השתלמות			סך	

לתשומת לבכם! יש למלא טפסי הצטרפות בנפרד.

תום תקופה ←

תום תקופת כל הכיסויים הביטוחיים הנירכשים מתוך ההפרשות ותום תקופת ביטוח למרכיב ההיסכון תהיה - גיל 67.

אם ברצונך גיל סיום אחר לכיסויים הביטוחיים ולמרכיב ההיסכון - בא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

חסול הביטוח למבוטח ראשי בלבד

ש"ח צמוד למדד לא כולל צבירה (4)

ש"ח צמוד למדד כולל צבירה (3)

טבלה א' - כיסויים נוספים שירכשו מתוך התקציב

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה (511)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		<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 _____

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

שכר החודשי

פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה לגיל _____ (ברירת מחדל 67) ש"ח לחודש שחרור בלבד

בפרמיה: קבועה (826, 827) משתנה מדי שנה (828, 829) תקופת המתנה בחודשים 3 6

האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? לא כן, גובה הפיצוי ש"ח _____

הרחבות לאובדן כושר עבודה מא לסמן קוד אחד בלבד

הרחבה ללא החגרת תאונות עבודה הרחבה רגילה (4) הרחבה משופרת (6) הרחבה מושלמת (8)

הרחבה כוללת החגרת תאונות עבודה הרחבה רגילה (3) הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (7)

פרבצ'יה - תשלום נוסף בגין חודשיים

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד מעל, בנוסף לתקציב (3) מתוך התקציב (1)

הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך ש"ח _____

"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 _____	האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____
<input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסיית הנכות ש"ח _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____	<input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסיית הנכות ש"ח _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____	פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____
(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)	(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514)
<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים	<input type="radio"/> הרחבה משופרת

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד מעל, בנוסף לתקציב (3) מתוך התקציב (1)

הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך ש"ח _____

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, ירכש הכסוי מתוך הפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.

במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחדל 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

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.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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		קוד סניף		קוד בנק	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		611 קוד מוסד		כתובת הסניף	
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון		אב/ו הח"מ	
רחוב		מספר		כתובת	
עיר		מיקוד		נתן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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".	
ידוע לי/לנו כי:		2. 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.		3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".			
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.		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.			
הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.		5. 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.			
בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.		6. גא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.			
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.		7. גא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.			
חתימת בעל/י החשבון		תאריך			

אישור הבנק

לכבוד		הפניקס חברה לביטוח בע"מ		ת.ד. 25333	
מספר החשבון בבנק		סוג חשבון		תל-אביב 61253	
קוד בנק		קוד סניף		תל-אביב 61253	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		611 קוד מוסד		קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.	
חתימה וחומתם הבנק		מספר הסניף		שם הבנק	
תאריך		חתימת בעל/י החשבון			



הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבטח ראשי	ת.ז.	שם מבטח שני	ת.ז.
1. אני/ו החתומים/ים מטה, המועמדים לביטוח בפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה/ים ומבקש/ים 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 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 התבאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תמי 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. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתקופת רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתבאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות "הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.			
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.			
3. אני ה"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תינתן לי החברה מידע ושירותים 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 תתא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.			
4. אני ה"מ המבטוח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדי 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 חברת הביטוח וגורם אחר למוסד ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תמי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו וצורה 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדתיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כ"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 במקומו.			
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים מספטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

במקרה של תשלום שנתי העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני ה"מ המבטוח הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין הנחה בזכויות הגלומות בפוליסה זו ולת מבוטח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט מחייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה (ניתן בתכנית תגמולים לעצמאים בלבד)

אני ה"מ מבקש בזאת להצטרף כמבוטח ב"הפניקס פנסיה מקיפה" ו/או "הפניקס פנסיה כללית", בהתאם לשיעורי הפרמיות המפורטים בדף מס' 2. ידוע לי כי זכאותי כרוך הינה לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי מצבי המשפחתי. בתום התקופה אם לא אגיש הצהרה על מצבי המשפחתי אהיה מבוטח במסלול הביטוח בו בוטחתי, בצירוף ביטוח שאירים. הריני נותן לכך בזה הוראה בלתי חוזרת לנכות בחודשים בהם לא אשלם פרמיה לקרן הפנסיה עמית, את עלות הכיסוי הביטוחי לנכות שאירים מיתרת הזכאות הצבורה. ידוע לי שזכויותי וחובותי הינן כמפורט בתקנונים כפי שיהיו בתוקף מעת לעת.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. 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. אני/אננו החתומים/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוח/שלוחו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתבאי שהתשלום התקופתי הכוללת בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום 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 ונכונות.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחומת הסוכן	<input checked="" type="checkbox"/>



באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורך, 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?	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
2. האם היו במשפחתך (חורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	האם היו במשפחתך (חורים, 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 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?	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות	אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
אם כן - ציין	תרופה
מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
האם הינך צורך משקאות חריפים?	האם הינך צורך משקאות חריפים?
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
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.	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.
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 (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	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 (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?
האם הושגל בגופך קוצב לב או סטנט?	האם הושגל בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)	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)	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)	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)	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)	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)	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)
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)	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)
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	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	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)	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, פיבורמיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיבורמיאלגיה, 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)	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?	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	
האם הבדיקה הייתה תקינה	האם הבדיקה הייתה תקינה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	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	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	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 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 בריאתי כדלקמן	
1. גובה	משקל
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	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	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
אם כן, בא פרט גיל	קירבה
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	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?	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות	אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
אם כן - ציין	תרופה
אם כן - ציין	תרופה
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
האם הינך צורך משקאות חריפים?	האם הינך צורך משקאות חריפים?
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
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.	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.
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)?	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)?
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?	האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)	ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)
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 שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	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 שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, 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)	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)	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)	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)
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)	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)
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: שמאל	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: שמאל
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	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, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, 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?	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
אם כן - ציין סוג הבדיקה	תאריך
האם הבדיקה היתה תקינה	אבחנה
האם הבדיקה היתה תקינה	אבחנה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר 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	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 המבוטח השני

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

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

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.					
הנבי מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן					
שם הילד	שם הילד	שם הילד			
			גובה		
			משקל		
1.	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?				
	לא	כן	לא	כן	לא
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				
	לא	כן	לא	כן	לא
	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)				
	לא	כן	לא	כן	לא
	האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	אם כן, בא פרט: שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות				
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____				
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	אם כן - ציין: שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____ שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____ שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____				
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	האם הינך צורך משקאות חריפים?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות				
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?				
	לא	כן	לא	כן	לא
	אם כן, ציין שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____				
	תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	מספר ת.ז.	חתימת ההורה/אפוטרופוס	

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 בדרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, 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 הושטל 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, גזז, 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 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. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכוסר 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
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 ההורה/אפוטרופוס

<input checked="" type="checkbox"/>		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, אנב 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 פוליסת 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, או 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		

