

## הצעה לביטוח "מסלול לחיים" - תגמולים לעצמאיים

(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.

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

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

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה 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.  
 כן  לא  כן

<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט
האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך?	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות מספות בחברות אחרות?
<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, פרט	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא, 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.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים
2.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים
3.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים
4.	שם הילד	ס"ב	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	% חלקים

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים	
ס"ב				ז / נ			מקרה מוות
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			מקרה חיים

מינוי מוטבים - למבוטח השני							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים	
ס"ב				ז / נ			מקרה מוות
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			
ס"ב				ז / נ			מקרה חיים

תגמולים לעצמאים <input checked="" type="checkbox"/>	ש"ח*	0	1	2	0
תכנית הביטוח	תשלום תקופתי	תאריך התחלת הביטוח			
שנתי <input type="radio"/>	אופן התשלום	הוראת קבע <input type="radio"/>	קרטיס אשראי <input type="radio"/>	הודעת תשלום <input type="radio"/>	אופן הגבייה
רבע שנתי <input type="radio"/>	אופן התשלום	הוראת קבע <input type="radio"/>	קרטיס אשראי <input type="radio"/>	הודעת תשלום <input type="radio"/>	אופן הגבייה
חצי שנתי <input type="radio"/>	אופן התשלום	הוראת קבע <input type="radio"/>	קרטיס אשראי <input type="radio"/>	הודעת תשלום <input type="radio"/>	אופן הגבייה
שנתי <input type="radio"/>	אופן התשלום	הוראת קבע <input type="radio"/>	קרטיס אשראי <input type="radio"/>	הודעת תשלום <input type="radio"/>	אופן הגבייה

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

מסלול השקעות	כללי 1 (14)	%
--------------	-------------	---

מסלול אחר	אג"ח צמודי מדד (10)	%	אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח) (15)	%
	אג"ח 1 - (לפחות 60% אג"ח) (11)	%	מנייתי 1 - (לפחות 50% מניות) (12)	%

חלוקת התשלום התקופתי פוליסת מסלול לחיים יש לסמן את התשלום המבוקש											
שם הפוליסה			דמי ניהול מהתשלום התקופתי			דמי ניהול מהחיסכון המצטבר			להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס		
K מסלול שירות			7% קבוע			1.40%			שנה		
L מסלול צבירה			0% קבוע			2%			דמי ניהול מפרמיה		
M מסלול משולב פלוס			9% יורד			1.20%			שנה		
סך לתוכנית משלמת קצבה			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה			קופת גמל		
ש"ח			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה			קרן השתלמות לעצמאי		
			קופת גמל			קרן השתלמות לעצמאי			לתשומת לבכם! יש למלא טפסי הצטרפות בנפרד.		

**תום תקופת הפוליסה**

תום תקופת כל הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך ההפרשות ותום תקופת ביטוח למרכיב החיסכון תהיה - גיל 67. אם ברצונך גיל סיום אחר לכיסויים הביטוחיים ולמרכיב החיסכון - בא ציין כאן גיל מבוקש \_\_\_\_\_ (אפשרי גיל 60-67)

**מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה (511)**

ש"ח לא כולל צבירה  ש"ח כולל צבירה

סכום ביטוח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

**טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה**

מס' סידורי	מלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז משכר או בשקלים	
	סכום חודשי בשקלים	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

סכום הביטוח אשר יירכש בפוליסה יחושב לפי ריבית תחשיבית ברוטו בשיעור שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול בשיעור שנתי של 0.5%.

**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 לגיל 60-67\* 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 החרגת תאונות עבודה  הרחבה רגילה (4)  הרחבה משופרת (6)  הרחבה מושלמת (8)

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

פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים \* במידה ולא נרשם אחרת, יקנה כיסוי לגיל 67.

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> 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 _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסיית הנכות ש"ח _____ <input type="radio"/> 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 _____ <input type="radio"/> שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____	פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____
<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	<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת

<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) ש"ח	השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד 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 סכום הכסוי בהתאם.  
 אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, ירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.  
 במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחול 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 (1716)			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 (1716)			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 (1716)			ש"ח

\* בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות, ובמידה וחורגה 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		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			
<p>1. נותן/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 רשא/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 רשא/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/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו 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 ההרשאה 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 ההרשאה 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><b>פרטי ההרשאה:</b> 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		ת.ד. 25333	
סוג חשבון		תל-אביב 61253	
קוד בנק		קוד סניף	
קוד סניף		קוד בנק	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		611 קוד מוסד	
<p>קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונ/נום 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 כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>			
חתימה וחוממת הבנק		תאריך	



הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבטח ראשי	ת.ד.	שם מבטח שני	ת.ד.
1. א/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח בפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, ופונה/ים ומבקש/ים בה מ"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. א/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בה כ: (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 ו/או הפניקס גמל 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 נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בדיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/נו שחווה 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.			
2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בה 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 הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיחן 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.			
4. אני הח"מ המבטוח, נותן/ת בה 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 הדרושים 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 עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.			
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.			
תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני	

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 הח"מ המבטוח הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו למבטוח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטוח אם אפגע 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.

תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני
-------	--------------------	-------------------

**לתשומת לבך, מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות לחשדרי החברה .**  
**הערה זו מתייחסת לפעולות הבאות : פדיון מלא או חלקי , העברת כספים בין קופות גמל , שינוי מסלולי השקעה , שינוי טעמי השקעה**

מינוי הסוכן כשלוח המבטוח

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.

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.

תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני
-------	--------------------	-------------------

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי 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 וכנות.

תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני
-------	--------------------	-------------------

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביינוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.

תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחומתת הסוכן
-------	----------	-----------------	--------------------



באם יש בידך פרט 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?
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	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 שקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> 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 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, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	האם הושגל במוך קוצב לב או סטנט?
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)	
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, אמפימה, 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	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)	
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שדרה, 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)	
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?	האם הבדיקה הייתה תקינה
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 בידיך 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?
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: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות
5. 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 מינון תרופה
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, קרדיומיופתיה, 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 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)	
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 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)	
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, 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)	
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 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
	קופ"ח	שם רופא מטפל	פרטי ההורה בפוליסה	שם משפחה	שם פרטי
					ת.ז.

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:	נכות זמנית	נכות קבועה
	שם הילד	א. מהו אחוז הנכות	ב. סוג הנכות שנקבעה:	נכות זמנית	נכות קבועה
	שם הילד	א. מהו אחוז הנכות	ב. סוג הנכות שנקבעה:	נכות זמנית	נכות קבועה
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. <b>מחלות לב וכלי דם:</b> 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 הושגל 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. <b>מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)</b>
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. <b>מחלות כליות, מין ודרכי השתן:</b> 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, מימה 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. <b>מחלות עור:</b> 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. <b>מחלות חילוף חומרים:</b> 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. <b>מחלות דרכי העיכול:</b> 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. <b>מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)</b>
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. <b>מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:</b> 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. <b>מחלות מערכת החושים:</b> 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 דיאופטיות: 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. <b>מחלות מערכת הדם / החיסון:</b> 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. <b>מחלות מערכת השלד והתנועה:</b> 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. <b>מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות:</b> 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	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