

## מסלול לחיים לילד - חסכון וביטוח גמישים

עתידם של ילדכם חשוב לכם יותר מכל.

אנו גאים להציג בפניכם את "מסלול לחיים לילד", תוכנית המשלבת חיסכון וביטוח המותאמים למסלול החיים של הילד שלכם באופן אישי.

ניתן לתכנן מראש את מסלול החיים של ילדכם ולחסוך באופן שוטף על פי יכולתכם לקראת אירועים משמחים של ילדכם: בר/ת מצווה, לימודים להשכלה גבוהה, חתונה וכדומה. לקראת האירוע למשוך את הכסף ולממן את האירוע המשמח.

כמו כן בתוכנית זו ניתן להפקיד הפקדות חד פעמיות של סכומים המתקבלים באירועים מיוחדים (ברית/ה, בר/ת מצווה וכדומה) ולהגדיל את החסכון המיועד לילד.

בנוסף, קיימת אופציה לרכישת כסויים מסוג שחרור למקרה מוות מוקדם של ההורה או אבדן כושר עבודתו - כסויים אלה יסייעו לכם להמשיך בתכנית החיסכון לילד וחברת הביטוח תשלם את הפרמיה עבורה במקומכם.

תכננו את מסלול החיים של ילדכם מראש ותיהנו מיתרונות "חודיים":

- מגוון אפשרויות במסלולי דמי ניהול שונים.
- מגוון מסלולים להשקעת הכספים ו/או החיסכון השוטף.
- שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או פטירה מוקדמת של ההורה המבוטח. החיסכון מובטח גם במקרה זה.
- גמישות במשיכת הכספים. הכספים משוחררים למשיכה על פי מסלול החיים של הילד.
- אין קנסות פדיון. כל ערך הצבירה יזקף לטובת המבוטח.

הרחבות אפשריות לילד:

- נכות מתאונה - כסוי למקרה נכות של הילד.
- מרפא לילד- ביטוח למקרה של גילוי מחלה קשה חו"ח.
- קו כסף עולמי לילד- ביטוח בריאות פרטי רחב לתרופות שלא בסל הבריאות, השתלות וניתוחים בעולם ובארץ.
- הביטוח כולל גם מגוון כיסויים מיוחדים לילדים.
- קו הספורט לילד.

## מסלול לחיים לילד - הצעה לביטוח

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

בתוכנית רגילה בלבד

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 פונים בה 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.

### פרטי המבוטח הראשי ובעל הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	המצב המשפחתי	הרופא המטפל	קופת חולים
מקצוע	עיסוק	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	
הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקשורות אליכם לקבל באמצעות הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע שהוא לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. בא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
האם יש סיכון מיוחד באורח חי"ך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט			
האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס			
האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט			
האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות			

### פרטי המוטב למקרה חיים ו/או למקרה מוות

שם הילד	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	ז' / נ' / מין	קרבה	% חלוקה
---------	------	------------	-------	---------------	------	---------

### פוליסת מסלול לחיים לילד

פרמיה חודשית לתוכנית הון	ש"ח	אופן התשלום	<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי
סכום הביטוח	0   1   2   0	ש"ח	צמוד למדד כולל צבירה (3) צמוד למדד לא כולל צבירה (4)
תקופת הביטוח	תאריך התחלת הביטוח	תקופת הביטוח	שנים
תקופת הביטוח	שנים	תקופת הביטוח תקבע לפי גיל המוטב (הילד) ותסתיים בין גיל 21 לגיל 25.	לתשומת לבך: תקופת הביטוח תקבע לפי גיל המוטב (הילד) ותסתיים בין גיל 21 לגיל 25.

### כיסויים נוספים למוטב (לילד)

נכות מתאונה (152) ש"ח \_\_\_\_\_

"מרפא" - רפואי משלים לילד (634) ש"ח \_\_\_\_\_

קו כסף עולמי לילד כולל סגולה (248+270+234+973) \*

קו הספורט (185) - לילדים עד גיל 18 \*

\* ירכש בפוליסת בריאות נפרדת

### כיסויים נוספים למבוטח ראשי

ריסק משתנה מדי 5 שנים (404) ש"ח \_\_\_\_\_

שיחרור במקרה אובדן כושר עבודה - בפרמיה קבועה (827) - גיל סיום מקסימלי 67.

שיחרור במקרה מות המבוטח - בפרמיה קבועה (246) - גיל סיום מקסימלי 67.

### מסלול לחיים - הפוליסה המבוקשת (סמן ✓ לבחירת הפוליסה המבוקשת)

קוד מוצר	שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ירידה של דמי ניהול מחיסכון מצטבר כתוצאה ממותק
Q	מסלול לחיים שירות	6% קבוע	1.5%	יש
P	מסלול לחיים משולב פלוס	9% יורד עד 3%	1.2%	לא
U	מסלול לחיים צבירה	0% קבוע	2%	יש

<b>מסלול השקעות</b>		כללי 1	%
---------------------	--	--------	---

<b>מסלול אחר</b>		אג"ח צמודי מדד	%
		אג"ח 1 - (לפחות 60% אג"ח)	%
		אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח)	%
		מניית 1 - (לפחות 50% מניות)	%

<b>תשלום באמצעות כרטיס אשראי</b>			
שם המבוטח	ת.ד.	תוקף הכרטיס עד	מס' הכרטיס
<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת בעל הכרטיס	

<b>הרשאה לחיוב חשבון</b>			
לכבוד		בנק	
מספר החשבון בבנק		סניף	
קוד בנק		קוד סניף	
קוד חשבון		סוג חשבון	
מסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		קוד מוסד	
611		כתובת הסניף	
מס' הזהות/ח.פ. של בעל החשבון		שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	
מיקוד		רחוב	
עיר		מספר	
<p>1. אב/י הח"מ</p> <p>כתובת</p> <p>נות/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/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/לנו 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/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 הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. בא 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 ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת בעל החשבון	
תאריך			

<b>אישור הבנק</b>			
לכבוד		הפניקס חברה לביטוח בע"מ	
מספר החשבון בבנק		ת.ד. 25333	
קוד בנק		תל-אביב 61253	
קוד סניף		סוג חשבון	
קוד חשבון		מסמכתא (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 חשבונו/נם 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 כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>		חתימה וחוממת הבנק	
מספר הסניף		שם הבנק	
תאריך			

שם מבטח ראשי	ת.ד.	שם מבטח שני	ת.ד.
<p>1. אני/ו החתום/ים מטה, המבטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"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 לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו בכסף לתקופה רחוקה לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה 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. אני הח"מ מסכים כי לפי 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>3. אני הח"מ המבטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להגן "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 תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ונאמי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה והמבטח

על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

<p>אני הח"מ המבטח הראשי ובעל הפוליסה מצהיר בזאת כי אנו פועלים עבור עצמנו. וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבטח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אנו מתחייבים להודיע למבטח אם נפעל 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		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה והמבטח

מינוי הסוכן כשלוה בעל הפוליסה והמבטח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוה של המבטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוהך. רק אם היך מעוניין למנותו, בבקשך 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.</p>			
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה והמבטח

אישור תנאי קבלה מיוחדים

<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהפרמיה החדושת הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות) ו/או עם מגבלה לנכות קיימת, ו/או 6 חודשי המתנה באופן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות ונכונות.</p>			
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה והמבטח

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחתימת הסוכן
		<input checked="" type="checkbox"/>	



הצהרת בריאות

מבוטח ראשי		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? 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, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____ לא <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) האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? 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 לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? כן - ציין _____ תרופה _____ מינון _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר? כן - ציין מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
8.	האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה. א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמימה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> י. מחלות מערכת הדם / החיסון: שמאל _____ כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים וצממות, אחר? (10) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> יג. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אם כן - ציין סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> יד. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> יז. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		

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

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	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 המבוטח

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

הצהרת בריאות

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

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

הנבי מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן			
שם הילד	שם הילד	שם הילד	שם הילד
1. גובה _____			
משקל _____			
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטביות, מחלות נפשיות או נסינות 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) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, בא פרט: _____			
שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %			
שם הילד _____ א. מהו אחוז הנכות _____ %			
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			
ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות			
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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם הינך צורך משקאות חריפים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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) _____			
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	מספר ת.ז.	חתימת ההורה/אפוטרופוס



הצהרת בריאות ילדים (המשך)

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.			
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 ברמת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), 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. <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 שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ד. <b>מחלות עור:</b> 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. <b>מחלות חילוף חומרים:</b> סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FME), 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 ושמיעה אחרות (5,10,7) - <b>במקרה נכויות ופציעות</b>
אם הנך מרכיב משקפיים, נא 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. <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, סחרחורות, 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 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 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 בכותר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים

ילידים בפוליסת בריאות עד גיל חצי שנה יש לצרף בנוסף להצהרת הבריאות גם טופס שיחרור ילוד מבית חולים.  
בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת
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

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



# שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות ביטוח חיים

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:

האם בידך 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 חיים הקיימות שבידך:	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	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 בידך 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:	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	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"/>
<b>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.</b>			
שם המבוטח		מס' ת.ד.	
טלפון נייד	טלפון בבית		
חתימת המבוטח		תאריך	

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

