

הצעה לביטוח מסלול לחיים - "לב רחב"

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

בתוכנית רגילה

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

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לחבילת ביטוח הלב רחב 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 בעל הפוליסה: מבוטח אחר (בא למלא את הפרטים בטבלה ולחתום על סעיף הצהרה ראשונה (ראה דף הצהרות) על פי צו איסור הלבנת הון - בפרמיה שנתית מעל 20,000 ש"ח)

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	ס"ב
תאריך לידה	טלפון	כתובת
<input type="radio"/> אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> אופן התשלום <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי		

פרטי המבוטח השני

שם פרטי	שם משפחה	ס"ב
תאריך לידה	ת.ז.	מין
<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	המצב המשפחתי	מין
הרפא המטפל	קופת חולים	כתובת הסניף
מקצוע	עיסוק	תחביבים מסוככים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

פרטי המבוטח הראשי

שם פרטי	שם משפחה	ס"ב
תאריך לידה	ת.ז.	מין
<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	המצב המשפחתי	מין
הרפא המטפל	קופת חולים	כתובת הסניף
מקצוע	עיסוק	תחביבים מסוככים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

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

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	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 טיים (11)	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 טיים (11)
<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 (12)	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות (12)

מינוי מוטבים למקרה מוות ולמקרה חיים (בתום תקופת הביטוח) - מוטב בלתי חוזר ראשון

הנני מבקש לקבוע בזאת כמוטב בקביעה בלתי חוזרת את:

- האגודה למלחמה בסרטן
- אוניברסיטת בר-אילן
- בי"ח לילדים ע"ש שניידר
- העמותה לקידום החינוך ביפו
- אחר (שם העמותה/הארגון) _____

מס' עמותה רשומה	כתובת	טלפון	e-mail
-----------------	-------	-------	--------

מינוי מוטבים למקרה מוות ולמקרה חיים (בתום תקופת הביטוח) - מוטב בלתי חוזר שני - למקרה בו המוטב הראשון חדל מלהתקיים

הנני מבקש לקבוע בזאת כמוטב בקביעה בלתי חוזרת את:

- האגודה למלחמה בסרטן
- אוניברסיטת בר-אילן
- בי"ח לילדים ע"ש שניידר
- העמותה לקידום החינוך ביפו
- אחר (שם העמותה/הארגון) _____

מס' עמותה רשומה	כתובת	טלפון	e-mail
-----------------	-------	-------	--------

פוליסה תרומה

פוליסה תרומה זו מופקת לכבוד

מסלול השקעות	%	<input type="radio"/> כללי 1
--------------	---	------------------------------

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

תשלום התחלת הביטוח	ש"ח	רגילה <input checked="" type="checkbox"/>
תשלום תקופתי		תכנית הביטוח

חלוקת פרמיה (לפי אופן התשלום)

- פוליסת מסלול לחיים צבירה (u)
- תשלום תקופתי לתכנית הון בלבד

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

שחרור מתשלום פרמיות באובדן כושר עבודה (עד גיל 67)

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד <input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד 3 חודשי המתנה <input checked="" type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (827) <input checked="" type="checkbox"/> פרבצ'יה (1) - תשלום בגין חודשיים	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד <input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד 3 חודשי המתנה <input checked="" type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (827) <input checked="" type="checkbox"/> פרבצ'יה - תשלום בגין חודשיים

כיסויים נוספים

מבוטח ראשי	מבוטח שני	<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה
(511) ש"ח	(512) ש"ח	<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים
(404) ש"ח	(405) ש"ח	

✔	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס עד	ת.ד.	שם בעל כרטיס האשראי
חתימת בעל הכרטיס				

הרשאה לחיוב חשבון

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

אישור הבנק

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

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבוסט ראשי	ת.ד.	שם מבוסט ראשי	ת.ד.	
1. אני/ החתומים/ מטה, המבוסט, פונה ומבקש מזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ 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 ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק 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-1891 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תינתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. אני הח"מ המבוסט, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם 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.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכם הביטוח המטפל.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני	

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

<p>במקרה של פרמיה שנתית העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ המבוסט הראשי ובעל הפוליסה, מצהיר בזאת כי אנו פועלים עבור עצמנו, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו לזל בעל הפוליסה והמבוסט (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>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבוסט	

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוסט

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתומים/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>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

אישור הסוכן

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



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 ה'ו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיגות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הגשת בקשה / קבלת / הן מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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 היך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין	תרופה
מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם היך צורך משקאות חריפים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
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 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)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, 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 ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם הך 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)	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, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם עברת בדיקות או 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?	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"/>
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקדד 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
					<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת בריאות - מבוטח שני

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	אם כן, בא פרט גיל	קירבה	מחלה או סיבת מוות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	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	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
4.	האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	אם כן - ציין	תרופה	מינון	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	אם כן - ציין מתי	משך האשפוז	סיבת האשפוז / הניתוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך צורך משקאות חריפים?	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____	כוסיות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
8.	האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בדרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
	ב. מחלות ממאירות וגיידול 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)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			
	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/הורמונוליות 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)	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)	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמימה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
	י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			
	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	9. האם עברת בדיקות או הינך מתחין 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	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>				
	11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>				

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

רשימת שאלוני המשך

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. סוכרת | 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

<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח	שם הרופא המטפל	קופ"ח	מספר ת.ז.	שם המועמד לביטוח	תאריך
-------------------------------------	------------------	----------------	-------	-----------	------------------	-------

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 בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		האם בדיך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?
במקרה שהתשובה היא כן:		
1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח החיים הקיימות שבידיך:		
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	יבוטלו	
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ייפדו באופן חלקי או מלא	
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	יסולקו באופן חלקי או מלא	
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	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	
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	

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

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

