

"מסלול לחיים" - הצעה לביטוח בתוכנית רגילה

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

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

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח, פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתוכנית 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 בעל הפוליסה: <input type="radio"/> מבוטח <input type="radio"/> אחר (לא 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.ד. |
| 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 <input type="radio"/> | טלפון |

| | |
|--|---|
| פרטי המבוטח השני | |
| שם פרטי | שם משפחה |
| 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"/> ילדים |
| מין | המצב המשפחתי |
| הרופא המטפל | קופת חולים |
| כתובת הסניף | כתובת 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 | 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 |
| כתובת הסניף | כתובת הסניף |
| מקצוע | עיסוק |
| 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 סמן

| | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט | האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חיך? | <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 אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר 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 אחרת 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 על שמך הצעות או פוליסות מספות 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 |

| מינוי מוטבים - למבוטח ראשי | | | | | | | |
|----------------------------|------|------------|-------|-------|------|---------|------------|
| שם | ת.ז. | תאריך לידה | כתובת | מין | קרבה | % חלקים | |
| | ס"ב | | | ז / ב | | | למקרה מוות |
| | ס"ב | | | ז / ב | | | |
| | ס"ב | | | ז / ב | | | |
| | ס"ב | | | ז / ב | | | למקרה חיים |
| | ס"ב | | | ז / ב | | | |

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

| פרטי הילדים | | | | | | | |
|---|---------|-----|------|--|------------|--|--|
| לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן "קרן הפנסיה" יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21. | | | | | | | |
| 1. | שם הילד | ס"ב | ת.ז. | זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> | תאריך לידה | | |
| 2. | שם הילד | ס"ב | ת.ז. | זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> | תאריך לידה | | |
| 3. | שם הילד | ס"ב | ת.ז. | זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> | תאריך לידה | | |
| 4. | שם הילד | ס"ב | ת.ז. | זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> | תאריך לידה | | |

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

| 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 מוותק | להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס | | | | | | | |
| | | | | | שנה | 0-3 | 3-6 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 ואילך |
| 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 | דמי ניהול מפרמיה | 9% | 8% | 7% | 6% | 5% | 4% | 3% |

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

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

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד | <input type="radio"/> ש"ח לא כולל צבירה | <input type="radio"/> ש"ח כולל צבירה | <input type="radio"/> סכום ביטוח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|

| טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה | | |
|---|-------------------|----------------|
| מס' סידורי | סכום חודשי בשקלים | לתקופה (בשנים) |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

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

| ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות | | | |
|---|---|---|---|
| מבוטח ראשי | | מבוטח שני | |
| <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש | | <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש | |
| <input type="checkbox"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) | <input type="checkbox"/> תקופת המתנה 3 <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (829) | | <input type="checkbox"/> שחרור בלבד <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (829) | |
| <input type="checkbox"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? | | <input type="checkbox"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? | |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח | | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח | |
| הרחבות לאובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי נוסף בגין חודשיים | | <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי נוסף בגין חודשיים | |
| <input type="checkbox"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה | | <input type="checkbox"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה | |
| <input type="checkbox"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה | | <input type="checkbox"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה | |
| <input type="checkbox"/> הרחבה מושלמת (8) | | <input type="checkbox"/> הרחבה מושלמת (8) | |
| <input type="checkbox"/> הרחבה מושלמת (7) | | <input type="checkbox"/> הרחבה מושלמת (7) | |

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

| "עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן) | | | |
|--|--|--|--|
| מבוטח ראשי | | מבוטח שני | |
| <input type="checkbox"/> האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? | | <input type="checkbox"/> האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? | |
| <input type="checkbox"/> קרן פנסיה ותיקה: | | <input type="checkbox"/> קרן פנסיה ותיקה: | |
| <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ | | <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ | |
| <input type="checkbox"/> שם הקרן _____ | | <input type="checkbox"/> שם הקרן _____ | |
| <input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה: | | <input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה: | |
| <input type="checkbox"/> גובה פנסיות הנכות _____ ש"ח | | <input type="checkbox"/> גובה פנסיות הנכות _____ ש"ח | |
| <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ | | <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ | |
| <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש | | <input type="checkbox"/> פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש | |
| <input type="checkbox"/> (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיות הנכות) | | <input type="checkbox"/> (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיות הנכות) | |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: | <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1511) | <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: | <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1510) |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: | <input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1515) | <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: | <input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1514) |
| <input type="checkbox"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים | | <input type="checkbox"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים | |

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

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

הערה

בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -

מעל - בנוסף לתקציב - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.

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

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח ראשי *

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

ביטוחים נוספים למבוטח השני *

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

ביטוחים נוספים לילדים *

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

| | | | | |
|---------------|------|----------------|------------|--------------------|
| שם בעל הכרטיס | ת.ז. | תוקף הכרטיס עד | מס' הכרטיס | חתימת בעל/ת הכרטיס |
|---------------|------|----------------|------------|--------------------|

הרשאה לחיוב חשבון

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------|------------------|-----------------------------------|----------|---------|
| לכבוד | בנק | סניף | מספר החשבון בבנק | סוג חשבון | קוד סניף | קוד בנק |
| כתובת הסניף | | 611 קוד מוסד | | אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) | | |
| 1. אב/ו הח"מ | שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק | | | מס' הזהות/ח.פ. של בעל החשבון | | |
| כתובת | רחוב | מספר | עיר | מיקוד | | |
| <p>נות/ים לכם בה הוראה לחייב את חשבוני/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 ל/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/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע ל/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>4. ידוע ל/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח ל/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/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>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p> | | | | | | |
| תאריך | | | | חתימת בעל/י החשבון | | |

אישור הבנק

| | | | |
|---|-----------------------------------|------------|------------------|
| לכבוד | הפניקס חברה לביטוח בע"מ | ת.ד. 25333 | תל-אביב 61253 |
| מספר החשבון/נו | קוד סניף | סוג חשבון | קוד בנק |
| מספר החשבון בבנק | 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 חשבונו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p> | | | |
| תאריך | שם הבנק | מספר הסניף | חתימה וחומת הבנק |

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

| שם מבוסט ראשי | ת.ד. | שם מבוסט שני | ת.ד. |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|
| <p>1. אני/ו החתומים/ים מטה, המבוסט ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה "הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או להפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התמאים המקובלים לענין 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 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 ונפרעה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p> | | | |
| <p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוסט על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p> | | | |
| <p>3. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים/א/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p> | | | |
| <p>4. אני הח"מ המבוסט, מתן/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 תמי 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 מרפאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל המוגע למצב בריאותי, מחלתי 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 ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> | | | |
| <p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p> | | | |
| תאריך | חתימת בעלת 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 לטובת 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> | | | |
| תאריך | חתימת בעלת הפוליסה | חתימת המבוסט | |

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

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 לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולענין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p> | | | |
| תאריך | חתימת בעלת 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> | | | |
| 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> | | | |
| תאריך | שם הסוכן | מס' רשיון הסוכן | חתימה וחומת הסוכן |



← הצהרת בריאות - מבוטח ראשי

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

| | |
|---|--|
| הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן | |
| 1. גובה משקל | האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? |
| 2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית | אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות |
| 3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5) | האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? |
| 4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? | אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית / נכות קבועה / טרם נקבעה נכות |
| 5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר? | אם כן - ציין מינון תרופה משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח |
| 6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? | האם הינך צורך משקאות חריפים? |
| 7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר? | אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות |
| 8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה. | אם כן, ציין מספר סגירות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) |
| א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? | האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט? |
| ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7) | |
| ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) | האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט? |
| ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7) | |
| ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) | |
| ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) | |
| ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7) | |
| ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית הסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) | |
| ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות | אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל |
| י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) | |
| יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10) | |
| יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) | |
| 9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? | אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה |
| 10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? | |
| 11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים | |

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

← רשימת שאלוני המשך

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

← חתימת המבוטח הראשי

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

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

| | |
|---|--|
| הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן | |
| 1. גובה משקל | האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? |
| 2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית | אם כן, בא פרט גיל קירבה מחלה או סיבת מוות |
| 3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5) | האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? |
| 4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? | אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות |
| 5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר? | אם כן - ציין מינון תרופה משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח |
| 6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? | האם הינך צורך משקאות חריפים? |
| 7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר? | אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות |
| 8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה. | אם כן, ציין מספר סגריות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) |
| א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, 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 שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) | |
| ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7) | |
| ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) | |
| ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) | |
| ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7) | |
| ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית הסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) | |
| ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות | אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל |
| י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) | |
| יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10) | |
| יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) | |
| 9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? | אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך אבחנה |
| 10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? | |
| 11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים | |

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקד 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 המבוטח

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

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

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

הבני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן

| | | | | |
|----|---|---|--|---|
| 1. | גובה | משקל | האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> |
| 2. | | | האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> |
| | | | 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: | |
| | 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? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | 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? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | 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? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | האם הינך צורך משקאות חריפים? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> |
| | | | 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? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | 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 בזרימת 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 הושלם בגופך קוצב לב או סטנט? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני (7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמימה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות |
| אם הנך מרכיב משקפיים, 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. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים וצמות, אחר? (10) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? |
| אם כן - ציין שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ | | | |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? |
| לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> | 11. הנני חש בריא בהחלט והייתי 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 | | | |
|-----------------------|--------------------|-----------|---|
| תאריך | שם ההורה/אפוטרופוס | מספר ת.ז. | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

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

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

| 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 החיים הקיימות שבידיך: | |
| יבטלו | 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: | |
| 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"/> |

| האם בידך פוליסות בריאות שבתוקף? | |
|--|---|
| כן <input type="radio"/> | לא <input type="radio"/> |
| במקרה שהתשובה היא כן: | |
| כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח 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 | | <input type="checkbox"/> חתימת הסוכן |

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

