

## הצעה לביטוח תגמולים לעצמאיים



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

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

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח ו/או המועמד לביטוח בקרן פנסיה בניהול הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או לקופת הגמל הפניקס גמל בע"מ פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח ו/או לתכנית פנסיה ו/או לקופת גמל כמפורט להלן: פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
ט"ב	
תאריך לידה	ת.ז.
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	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
ט"ב	
תאריך לידה	ת.ז.
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	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי 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. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייתך?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה 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



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

ש"ח לא כולל צבירה     
  ש"ח כולל צבירה

סכום ביטוח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

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

מס' סידורי	סכום חודשי בשקלים	לתקופה (בשנים)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

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

**טבלה א' - כיסויים נוספים שירכשו מתוך התקציב**

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה (511)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה (246)			ש"ח _____
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____

**ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות**

שכר החודשי

פיצוי חודשי לגיל 60-67\*

ש"ח לחודש     
  שחרור בלבד

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

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

**הרחבות לאובדן כושר עבודה**     
 נא לסמן קוד אחד בלבד

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

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

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

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

הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך     
 ש"ח \_\_\_\_\_

**“עד שתוכלי” - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)**

<p><b>מבוטח שני</b></p> <p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?  <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה:                  שם הקרן _____ החל מתאריך _____  <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסיות הנכות _____ ש"ח                  שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p> <p>פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* _____ ש"ח לחודש</p> <p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה:  <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)</p> <p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה:  <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)</p>	<p><b>מבוטח ראשי</b></p> <p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?  <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה:                  שם הקרן _____ החל מתאריך _____  <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסיות הנכות _____ ש"ח                  שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p> <p>פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* _____ ש"ח לחודש</p> <p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה:  <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)</p> <p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה:  <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)</p>
<p><input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת *במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.</p>	

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

**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"י 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

**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

**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

\* בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות, ובמידה וחרגה מהתקציב המותר - יוקטן סכום הכיסוי על פי תנאי הפוליסה.

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

הרשאה לחיוב חשבון

<table border="1"> <tr> <td>קוד בנק</td> <td>קוד סניף</td> <td>סוג חשבון</td> <td>מספר החשבון בבנק</td> </tr> <tr> <td>קוד בנק</td> <td>בנק</td> <td>סניף</td> <td>כתובת הסניף</td> </tr> </table>		קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	קוד בנק	בנק	סניף	כתובת הסניף	<table border="1"> <tr> <td>611</td> <td>קוד מוסד</td> </tr> <tr> <td colspan="2">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> </tr> </table>	611	קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק											
קוד בנק	בנק	סניף	כתובת הסניף											
611	קוד מוסד													
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)														
<table border="1"> <tr> <td>מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון</td> <td>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</td> </tr> <tr> <td>מיקוד</td> <td>עיר</td> <td>מספר</td> <td>רחוב</td> </tr> </table>		מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מיקוד	עיר	מספר	רחוב	<p>1. אב/ו הח"מ</p> <p>כתובת</p> <p>נתן/ים לכם בזה 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>						
מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק													
מיקוד	עיר	מספר	רחוב											
<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/נו 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/לנו 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 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. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>														
<p><b>פרטי ההרשאה:</b> סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>														
✓		חתימת בעל/י החשבון												
		תאריך												

<table border="1"> <tr> <td>קוד בנק</td> <td>קוד סניף</td> <td>סוג חשבון</td> <td>מספר החשבון בבנק</td> </tr> <tr> <td>קוד בנק</td> <td>בנק</td> <td>סניף</td> <td>כתובת הסניף</td> </tr> </table>		קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	קוד בנק	בנק	סניף	כתובת הסניף	<table border="1"> <tr> <td>611</td> <td>קוד מוסד</td> </tr> <tr> <td colspan="2">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> </tr> </table>	611	קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק											
קוד בנק	בנק	סניף	כתובת הסניף											
611	קוד מוסד													
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)														
<table border="1"> <tr> <td>מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון</td> <td>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</td> </tr> <tr> <td>מיקוד</td> <td>עיר</td> <td>מספר</td> <td>רחוב</td> </tr> </table>		מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מיקוד	עיר	מספר	רחוב	<p>לכבוד חברה לביטוח בע"מ</p> <p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p> <p>ת.ד. 25333</p> <p>תל-אביב 61253</p> <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 הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.</p>						
מס' הזהות/ה.פ. של בעל החשבון	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק													
מיקוד	עיר	מספר	רחוב											
✓		חתימה וחומתת הבנק												
		מספר הסניף												
		שם הבנק												
		תאריך												



← הצהרות / יותר על סודיות רפואית

שם מבטח ראשי	ת.ז.	שם מבטח שני	ת.ז.
1. אב/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח בפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה/ים ומבקש/ים בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אב/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבראות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבראות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התאיים המקובלים לעניין זה, ישמשו תמי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לם שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתמי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירותי "הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.			
2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבטוח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.			
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/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.			
4. אני הח"מ המבטוח, נותן/ת 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 למוסד 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 שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עמובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.			
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.			
תאריך	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני	

**לתשומת לבך, מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה.**

**הערה זו מתייחסת לפעולות הבאות: פדיון מלא או חלקי, העברת כספים בין קופות גמל, שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי השקעה**

← על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

במקרה של תשלום שנתי העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ המבטוח הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין הנהגה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת ומבטוח (למעט זכויות הנובעות מקניית מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, רלוונטי או מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.

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

← מינוי הסוכן כשלוח המבטוח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

אב/אנן החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוח/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

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

← אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכוללת בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

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

← אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו.

הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ב"עוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני") התשס"ה 2005.

תאריך	חתימה וחתימת הסוכן
-------	--------------------

**באם יש ברשותך מידע או פירוט נוסף מעבר לשאלון שלהלן (לרבות שאלוני המשך) הנך נדרש לצרף את הפירוט בדף נפרד.**

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן		מבוסס ראשי : גובה		משקל		מבוסס שני : גובה		משקל	
1. מבוסס ראשי : גובה		מבוסס ראשי : גובה		משקל		מבוסס שני : גובה		משקל	
לנשים: האם הינך בהריון? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא									
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?									
2. האם היו במשפחתך (חורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטביות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס שני: אם כן, בא פרט גיל		מחלה או סיבת מוות		מחלה או סיבת מוות	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס שני: כן - ציין תרופה		מינון		מינון	
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס שני: כן - ציין תרופה		מינון		מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?									
מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוסס שני: אם כן - ציין מתי		משך האשפוז		סיבת האשפוז / הניתוח		משך האשפוז	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?									
האם הינך צורך משקאות חריפים?									
מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות									
מבוסס שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות									
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?									
מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוסס שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים		מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)		מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפדת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.									
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר?									
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?									
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני?									
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 פרוין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?									
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?									
ה. מחלות הילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), ציבות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות									
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?									
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?									
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?									
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות?									
מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות:		מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות:		ימין		שמאל		ימין	
מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות:		מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות:		ימין		שמאל		ימין	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?									

חתימת המבוטחים			
<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח הראשי	מספר ת.ז.	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח השני	מספר ת.ז.	תאריך

עבור לדף הבא.

← הצהרת בריאות (המשך)

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
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, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם עברת בדיקות או היך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות 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? מבוסס ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה
	אבחנה	תאריך
	אבחנה	תאריך
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרף תוצאות הבדיקות.
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"/>	11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?

← פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

← 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 המבוטחים

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת המועמד לביטוח הראשי	מספר ת.ז.	שם המועמד לביטוח הראשי	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת המועמד לביטוח השני	מספר ת.ז.	שם המועמד לביטוח השני	תאריך



שם ההורה / אפוסטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (1)	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (2)	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

כל מקרה של תשובה חיובית יש לפרט למטה /או בדף נוסף ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

נא לענות על השאלות הבאות:	
1	האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?
2	האם הילד אושפד לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?
3	האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים או משפחה?
4	האם בוצע ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?
5	האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?
6	האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?
6.1	בעיות בהתפתחות הילד?
6.2	ליקויים ו/או מחלות של מערכת השלד והשרירים?
6.3	מחלות לב ו/או כלי דם?
6.4	ליקויים ו/או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?
6.5	ליקויים ו/או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?
6.6	ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים, החושים, בעיות נוירולוגיות, בעיות אוזניים, עיניים?
6.7	ליקויים ו/או מחלות של מערכת ההפרשה הפנימית, בעיות בחילוף חומרים, סוכרת, מחלת כבד?
6.8	מחלות ובעיות עור?
6.9	מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?
6.10	ליקויים או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?
6.11	האם יש או היו לילד הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?

ילידים עד גיל חצי שנה :

7.	יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים או דו"ח (דו"ח אפגר) על הלידה וממצאיה. אם הדו"ח אינו בידי ההורים, או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:
7.1	באיזה שבוע הייתה הלידה?
7.2	אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?
7.3	האם הומלץ בשחרור על מעקב מיוחד?
7.4	מה הייתה דרגת אפגר? אחרי 5 דקות? _____

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

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

פרטים נוספים (אם המקום אינו מספיק לפירוט - אנא פרטי בדף נפרד)

שם הילד	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן / לא	הבראה מלאה כן / לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם הילד	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן / לא	הבראה מלאה כן / לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

הצהרת ההורה/האפוטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוסטרופוס על פי חוק הכשרות והאפוסטרופוס תשכ"ב ב-1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא חסרתיות או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעתי או בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מראוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצרף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע ימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופ"ח 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 חברה לביטוח בע"מ" (להלן: המבקש), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתירש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר או בהווה ו/או שתהינה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אילנים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כנב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים במבקש ולסוּך הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/אפוסטרופוס

תאריך	שם ההורה/אפוסטרופוס	מספר ת.ז.	חתימה
-------	---------------------	-----------	-------

פרטי הילדים המבוטחים			
1	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
			ת.ז.
			מין
			תאריך לידה
2	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
			ת.ז.
			מין
			תאריך לידה
3	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
			ת.ז.
			מין
			תאריך לידה
	שם פרטי	שם משפחה	פרטי ההורה בפוליסה
	שם רופא מטפל	קופ"ח	שם פרטי
			ת.ז.

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.			
שם הילד 3	שם הילד 2	שם הילד 1	הנבי מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן:
			1. גובה
			משקל
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 חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלו במהלך 12 החודשים האחרונים?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	2. האם היו במשפחתו (הורים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיובות התאבדות, מקרה מוות. בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית. אם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	3. האם יש או הייתה נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	4. האם נטל בעבר או נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מיבון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מיבון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מיבון _____
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	5. האם עבר ניתוח בעבר, או מועמד לניתוח, או יעצו לו לעבור ניתוח בעתיד? 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 _____
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	6. האם משתמש או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	7. האם מעשן או עישן בעבר? 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) _____
			8. האם היה או הינו חולה, או היו לו סימנים או הפרעות, או היה בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפז, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.
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, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר? האם הושטל בגופו 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?
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, בעיה באשכים, בעיות גניקולוגיות, חולה איידס, נשא איידס, אחר?
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?

חתימת ההורה/אפוטרופוס			
תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	מספר ת.ז.	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>



← הצהרת בריאות ילדים (המשך)			
שם הילד 3	שם הילד 2	שם הילד 1	
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 נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות
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?
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?
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), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?
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 ושמיעה אחרות.
אם הינו מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטירות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____			
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?
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, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
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: טרשת נפוצה, שיתוקים, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?
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 (מלבד 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 לו 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. האם ילדך חש בריא והיה בריא ב- 12 החודשים האחרונים?

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

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

← הצהרת ההורה האפטרופוס
הנני מצהיר בשם ילדי כאפטרופוס על פי חוק הכשרות והאפטרופוסות תשכ"ב ב- 1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי הצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביועין או כוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירוף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע "מסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

← חתימת ההורה/אפטרופוס			
<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימה	מספר ת.ז.	שם ההורה/אפטרופוס	תאריך