

שיטת הפניקס

תיק פנסינוני אישי מבוסס מדדים

(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 לתכנית ביטוח כמפורט להלן: פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.

פרטי בעל הפוליסה: <input type="radio"/> מבוטח <input type="radio"/> 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.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"/>	כתובת
טלפון	מס' תל

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
מס' ת.ד.	מס' 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	המצב המשפחתי
קופת חולים	קופת חולים
הרופא המטפל	הרופא המטפל
כתובת, הסניף	כתובת, הסניף
מקצוע	מקצוע
עיסוק	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
מס' ת.ד.	מס' 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	המצב המשפחתי
קופת חולים	קופת חולים
הרופא המטפל	הרופא המטפל
כתובת, הסניף	כתובת, הסניף
מקצוע	מקצוע
עיסוק	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

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

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקשורות אליכם לקבל באמצעות הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע שהוא לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. כן לא

<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, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	
<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, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות 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	

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

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

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

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

טעמי ההשקעה *	
טווח תקופת החסכון	עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80).
מידת סיכון רצויה	1 <input type="radio"/> נמוך ביותר <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> בינוני נמוך <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> בינוני <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> בינוני גבוה <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> גבוה
מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל	% _____ (טעמי ההשקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת) * במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לברירת המחדל כפי שתוגדר ותתעדכן בחברה מעת לעת ע"י וועדת ההשקעות

שיטת הפניקס - הפוליסה המבוקשת (סמן ✓ לבחירת מסלול דמי ניהול מבוקש)												
קוד מוצר	מסלול דמי ניהול מבוקש	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	ידידה 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	דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%
P	מסלול לחיים משולב פלוס	9% יורד עד 3%	1.2%	לא								
U	מסלול לחיים צבירה	0% קבוע	2%	יש								

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		

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"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח		<input type="checkbox"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	
<input type="checkbox"/> לא		<input type="checkbox"/> לא	
הרחבות לאובדן כושר עבודה		הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה	
<input type="checkbox"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה		<input type="checkbox"/> הרחבה רגילה (4)	
<input type="checkbox"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה		<input type="checkbox"/> הרחבה משופרת (6)	
<input type="checkbox"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה		<input type="checkbox"/> הרחבה רגילה (3)	
<input type="checkbox"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה		<input type="checkbox"/> הרחבה משופרת (5)	
<input type="checkbox"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה		<input type="checkbox"/> הרחבה משופרת (7)	
<input type="checkbox"/> פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים		<input type="checkbox"/> שכר החודשי _____	

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

"עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתים קרובות 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:
שם הקרן _____ החל מתאריך _____	שם הקרן _____ החל מתאריך _____
<input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה:	<input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה:
גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח	גובה פנסיית הנכות _____ ש"ח
שם הקרן _____ החל מתאריך _____	שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש	פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל _____ (60-67)* ש"ח לחודש
(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)	(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)
<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה:	<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה:
<input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1510)	<input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1510)
<input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1511)	<input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1511)
<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה:	<input type="checkbox"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה:
<input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1514)	<input type="checkbox"/> בפרמיה קבועה (1514)
<input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1515)	<input type="checkbox"/> בפרמיה משתנה (1515)
הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="checkbox"/> הרחבה משופרת	

* 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
הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח		

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 לכסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.

מתוך התקציב - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותירכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.

אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, ירכש הכסוי מתוך הפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה. במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחדל 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>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 אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>			
<input type="radio"/> גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה).			

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

<input checked="" type="checkbox"/>	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס עד	ת.ז.	שם בעל הכרטיס
חתימת בעל/ת הכרטיס				

לכבוד																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">קוד בנק</td> <td style="width: 25%;">קוד סניף</td> <td style="width: 25%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 25%;">מספר החשבון בבנק</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">611</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">קוד מוסד</td> <td colspan="2">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> </tr> </table>	קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	611				קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">בנק</td> <td style="width: 50%;">סניף</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">כתובת הסניף</td> </tr> </table>	בנק	סניף	כתובת הסניף	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק														
611																	
קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)															
בנק	סניף																
כתובת הסניף																	
1.	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">א/ו הח"מ</td> <td colspan="3">שם בעל/י החשבון כמופיע בספר הבנק</td> </tr> <tr> <td>כתובת</td> <td>רחוב</td> <td>מספר</td> <td>עיר</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> נותן/ים לכס בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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 הרשאה". </td> </tr> </table>	א/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספר הבנק			כתובת	רחוב	מספר	עיר	נותן/ים לכס בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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 הרשאה".							
א/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספר הבנק																
כתובת	רחוב	מספר	עיר														
נותן/ים לכס בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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 הרשאה".																	
2.	<p>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 הרשאה, אם נקבעו.</p>																
3.	ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב הרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".																
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.																
5.	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.																
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.																
7.	בא לשור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.																
פרטי הרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.																	
<input checked="" type="checkbox"/>																	
חתימת בעל/י החשבון	תאריך																

לכבוד													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">קוד בנק</td> <td style="width: 25%;">קוד סניף</td> <td style="width: 25%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 25%;">מספר החשבון בבנק</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">611</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">קוד מוסד</td> <td colspan="2">אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</td> </tr> </table>	קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק	611				קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		<p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p> <p>ת.ד. 25333</p> <p>תל-אביב 61253</p>
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק										
611													
קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)											
<p>קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/בנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב הרשאה. 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>													
<input checked="" type="checkbox"/>													
חתימה וחומת הבנק	מספר הסניף	שם הבנק	תאריך										

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבטוח ראשי	ת.ז.	שם מבטוח שני	ת.ז.
<p>1. אני/ו החתומים/ים מטה, המבטוח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש 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. 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 הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או הפניקס גמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחווה 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 המבטוח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>			
<p>3. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p>			
<p>4. אני הח"מ המבטוח, נתן/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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנמנע למצב בריאותי, מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לנופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח 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 המבטוח הראשי ובעל הפוליסה, מצהיר בזאת כי אנו פועלים עבור עצמנו, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו/ת בעל הפוליסה והמבטוח (למעט זכויות הנובעות מקניית מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אנו מתחייבים להודיע למבטוח 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, מהוו עברה פלילית.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבטוח	

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 טעמי השקעה

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטוח

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

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבטוח 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	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחומת הסוכן



← הצהרת בריאות - מבוחס 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?	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 / הנך 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 נטל 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 השתמש 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, קרדיומיופתייה, 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, 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)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, 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 הסימתית 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 ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	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)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים 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)			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 בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

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

← רשימת שאלוני המשך

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

← חתימת המבוטח הראשי

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



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

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן

1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית			כן <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 / הנך 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 הינך 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 הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	אם כן - ציין 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 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 הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.			
	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	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)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גחז, 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 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)			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, פיבורמיאלגיה, 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)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9.	האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?			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 הקד ללמלא 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 המבוסט

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



פרטי הילדים המבוטחים			
1	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
	תאריך לידה	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
2	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
	תאריך לידה	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
3	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
	תאריך לידה	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
	שם פרטי	שם משפחה	פרטי ההורה בפוליסה
	שם פרטי	שם משפחה	שם חפץ מטפל
	שם פרטי	שם משפחה	קופ"ח

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.			
הנבי מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן			
שם הילד	שם הילד	שם הילד	שם הילד
1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
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
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	האם הגשת בקשה / קבלת / הן מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	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?	אם כן - ציין: שם הילד	תרופה
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	אם כן - ציין: שם הילד	מתי
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
6.	האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם הינך צורך משקאות חריפים?	אם כן, ציין: שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין: שם הילד	מספר סגריות ליום
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	שם הילד	שם הילד	שם הילד
	תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	מספר ת.ז.
	תחמת 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, קרדיומיופתיה, 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 דיאופטרויות: 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 ועצמות, אחר? (10)
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יב. 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 בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים

ילדים בפוליסת בריאות עד גיל חצי שנה יש לצרף בנוסף להצהרת הבריאות גם טופס שיחזור ילוד מבית חולים.

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

← רשימת שאלוני המשך

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

← חתימת ההורה/אפוטרופוס

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



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:

פוליסות ביטוח חיים

האם בדיך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסת ביטוח החיים הקיימות שבידיך:

כן לא

יבוטלו

כן לא

ייפדו באופן חלקי או מלא

כן לא

יסולקו באופן חלקי או מלא

כן לא

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 לא

ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן

כן לא

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:

כן לא

בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי

כן לא

בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח

פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסוי בריאות)

האם בדיך פוליסות בריאות שבתוקף?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות הביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):

כן לא

1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסולקנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסתיימנה בכל דרך אחרת

2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:

כן לא

בכיסויים הביטוחיים

כן לא

בסכומי הביטוח או בפרמיה

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

כן לא

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:

שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך		חתימת / חותמת הסוכנות	<input checked="" type="checkbox"/>

