

SAFE 2 - חבילת ריסק + אובדן כושר עבודה

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

← פרטי הפוליסה (כל הסכומים בהצעה נקובים בש"ח)	
<input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי	רגילה
	תאריך תחילת הביטוח
	תכנית הביטוח
דרך גביה	אופן התשלום
	חודשי (4) <input checked="" type="checkbox"/>

← פרטי המבוטח - בעל הפוליסה הינו המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	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 _____ ילדים	
דרכון - תעודת נוסע	מין	מצב משפחתי	מוסד רפואי מטפל (קופ"ח) - שם וסניף
כתובת הסניף	מקצוע	עיסוק	
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט בהתאם למדריך המקצועות			

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<p>אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>הנני נתון 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 התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.</p> <p>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</p>			

האם יש סיכון מיוחד במקצועך, בתחביבך או באורח חייך?	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא
האם אתה בעל רישיון טיס / או איש צוות אויר / או בבעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	<input type="radio"/> כן, פרט בשאלון טייס <input type="radio"/> לא
האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס" או בחברה אחרת?	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא
האם יש לך או היו לך פוליסות ביטוח חיים ב"הפניקס"?	<input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא

← מינוי מוטבים - למבוטח הראשי						
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		

← טבלת כיסויים				
<input type="radio"/> חבילה 1 (1870)	<input type="radio"/> חבילה 2 (1880)	<input type="radio"/> חבילה 3 (1890)	<input type="radio"/> חבילה 4 (1900)	
250,000 ש"ח	500,000 ש"ח	800,000 ש"ח	1,200,000 ש"ח	ריסק 1 בפרמיה משתנה (510)
<input type="radio"/> 3,750 ש"ח	<input type="radio"/> 7,500 ש"ח	<input type="radio"/> 12,000 ש"ח	<input type="radio"/> 12,000 ש"ח	אובדן כושר עבודה (2828)
<input type="radio"/> 2,500 ש"ח	<input type="radio"/> 5,000 ש"ח	<input type="radio"/> 7,500 ש"ח	<input type="radio"/> 7,500 ש"ח	בפרמיה משתנה
<input type="radio"/> 1,500 ש"ח	<input type="radio"/> 3,000 ש"ח	<input type="radio"/> 4,500 ש"ח	<input type="radio"/> 4,500 ש"ח	3 חודשי המתנה
				כולל ההרחבות הבאות:
				ביטול החרגה לתאונות עבודה (9)
				הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול
				נכות חלקית משופרת (6)
				פרנצ'יזה (1)
<input type="radio"/> שחרור בלבד	<input type="radio"/> שחרור בלבד	<input type="radio"/> שחרור בלבד	<input type="radio"/> שחרור בלבד	שחרור בפרמיה משתנה (2829)

שכר: _____ ש"ח

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

הצהרת בריאות

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	1. גובה _____ משקל _____ האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	2. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	3. האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	4. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא (5)? האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, נא 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
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	5. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10), יתר לחץ דם (9), סוכרת? (1).
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	6. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת - גידול סרטני (7), מחלות ריאה, אסטמה (4), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים (5)(10), הפרעות נפשיות (8), מחלות דרכי עיכול (6), מחלות/ כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2) ומחלות פרקים (3) אם הינך מרכיב משקפיים?, נא ציין מספר דיאופטירות: ימין _____ שמאל _____
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	7. האם הינך סובל/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	8. האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, 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 _____ האם הבדיקה היתה תקינה?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	9. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? האם הינך מעשן או עישנת בעבר? אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבלות 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 המבוטח _____

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני מצהיר מסכים ומתחייב 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 פנסיה וגמל 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. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (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.

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 החתום מטה 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 ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.

← הצהרות / ויתור על סודיות רפואית - המשך

4. אני החתום מטה 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 ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימת המבטוח		תאריך

← מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטוח

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

<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימת המבטוח		תאריך

← אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.

<input checked="" type="checkbox"/>				
חתימה וחתימת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך	

