

הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה - משכנתא נטו - מעל מליון וחצי ש"ח - הצה"ב מלאה

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

עד 1,500,000 ש"ח - ניתן למלא הצהרת בריאות מקוצרת
מעל 1,500,000 ש"ח - יש למלא הצהרת בריאות מלאה

פרטי הסוכן				
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' פוליסה
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' פוליסה

לא לשכוח לצרף! טופס מחולל הצעות טופס בנק (לפי הרשימה)
אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה <input checked="" type="checkbox"/> מבוטח ראשי			
אופן הגבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי	אופן התשלום	<input type="radio"/> חודשי
תאריך תחילת הביטוח			

פרטי מבוטח ראשון		פרטי מבוטח שני	
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	תאריך לידה	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	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
מין	מצב משפחתי	מין	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל	קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף		כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב	מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. בא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
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 התקשורת (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. בא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חייה שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו התצהרת?	<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 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 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 פוליסות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

הפקה במסלול ירוק להלוואות חדשות בלבד (הפוליסה תימסר ע"י הלקוח בקבלת המשכנתא)

← סכומי ביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)

פרטי הלוואה	הלוואה מס' 1	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 4
מספר הלוואה (מומלץ)				
סכום לביטוח (לפי המחולל)				
תקופת הביטוח (מס' שנים שנתרו עד לתום המשכנתא)				
שיעור הריבית השנתית	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %
תאריך סיום הלוואה				

* בהלוואות במסלול ריבית משתנה, ריבית פריים, ריבית ליבור וכיו"ב תקבע בפוליסה ריבית מינימום בשיעור 6% או כל ריבית אחרת שתקבע החברה, במועד ההפקה.

← מסלול הביטוח

- ביטוח משכנתא בפרמיה קבועה (יסודי - 516, נוסף - 536)
- ביטוח משכנתא בפרמיה משתנה (יסודי - 628, נוסף - 629)

← סכומי ביטוח קבועים לכיסוי הלוואות בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף (בולט, בלון, קרן עומדת, גרייס וכיו"ב)

ריסק 1 (015) ש"ח לתקופה של _____ שנים עבור מספר הלוואה _____

← פרטי הבנק (במידה וקיים יותר מבנק אחד יש למלא טבלה נוספת)

שם המלווה - המוטב הבלתי חוזר	מס' סניף / שם הסניף
------------------------------	---------------------

ביטוח מבנה

← הצעה לביטוח מבנה בתנאי משכנתא

פרטי המבוטח	שם המציע	ת.ד.
פרטי הביטוח	מספר שנים	מתחדשת מדי שנה בתנאים שסוכמו לתקופה של _____ שנים
תאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת	שטח הדירה
הדירה נמצאת בקומה _____ מתוך _____ קומות	הבנין בנוי מ: _____	גבו עשוי מ: _____
שירות מקי מים	<input checked="" type="checkbox"/> יתן ע"י נותן השירות מטעם המבטח <input type="checkbox"/> בחירת שירות ע"י המבוטח (תחוייב בתוספת פרמיה)	
נסיון ביטוח ומקום		

← פרטי בנק / המוטב בלתי חוזר

1. שם המוטב הבלתי חוזר	2. ש"ח	ש"ח
סכום השעבוד	שעבוד לטובת	סכום השעבוד

הפוליסה מיועדת לתקופת הלוואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מידי שנה בהתאם. הרשות בידי המבטח להודיע טרם כל חידוש על רצונו לשנות תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח

← מינוי מוטבים

למבוטח הראשי							
במות המבוטח	שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למבוטח השני							
במות המבוטח	שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים

עד 1,500,000 ש"ח - ניתן למלא הצהרת בריאות מקוצרת
מעל 1,500,000 ש"ח - יש למלא הצהרת בריאות מלאה

הצהרת בריאות 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	מבוסס שני: גובה	משקל	מבוסס ראשי: גובה	מבוסס שני: גובה	משקל
1. מבוסס ראשי: גובה		מבוסס ראשי: גובה	מבוסס שני: גובה	משקל	מבוסס ראשי: גובה	מבוסס שני: גובה	משקל
לנשים: האם הינך בהריון?							
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 נסיגות 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		
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?							
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?							
מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס שני: כן - ציין תרופה		מינון	מינון		
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		
מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוסס שני: אם כן - ציין מתי		משך האשפוז	סיבת האשפוז / הניתוח		
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)		
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)		
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפזת, 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, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבوزה), יתר לחץ דם, אחר?							
ב. מחלות ממארות וגיידול סרטני?							
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 פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?							
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר?							
ה. מחלות הילוף חמורים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (EMF), צינות (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 ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?							
מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____							
מבוסס שני: 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?							

חתימת המבוססים

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

עבור לדרך הבא

← הצהרת הבריאות (המשך)

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?
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" לאחת מהשאלות, 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

תאריך	שם המועמד לביטוח ראשון	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח ראשון
תאריך	שם המועמד לביטוח שני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח שני

← הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח מבנה)

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק	בנק	סניף
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				5 1 1 קוד מוסד	
כתובת הסניף					

אני/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			מס' ת.ז. / ח.פ.
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד

1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הני"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי:
- א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו 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 להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל החשבון
-------	-------------------------------------	------------------

← אישור הבנק

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק	לכבוד
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				5 1 1 קוד מוסד
פניקס חברה לביטוח בע"מ				
דרך השלום 53 גבעתיים 53454				

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם 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 בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
			<input checked="" type="checkbox"/>

שם מבוטח ראשון	ת.ז.	שם מבוטח שני	ת.ז.
<p>1. אני/ו החתומים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התמאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תמאי 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. 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/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p> <p>3. אני הח"מ המבוטח, 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 פנסיה וגמל בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תמאי 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 הנוגע 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 מצבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת מבוטח ראשון	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת מבוטח שני	<input checked="" type="checkbox"/>

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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 מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת מבוטח ראשון	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת מבוטח שני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
תאריך		שם הסוכן	
		מס' רשיון הסוכן	
	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחומתת הסוכן	