

הצעה לביטוח חיים/או מבנה - משכנתא נטו - עד מיליון וחצי ש"ח - הצה"ב מקוצרת

(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

ביטוח חיים	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' פוליסה
ביטוח אלמנטרי	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 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 שני

שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ת.ז.
<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	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

פרטי מבוטח ראשון

שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ת.ז.
<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	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב

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. נא סמן לא 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. נא סמן לא 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 רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<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 תאריך	מתחדשת מדי שנה	בתנאים שסוכמו לתקופה של _____ שנים	סכום הביטוח למבנה (הסך הכולל, לא רק סכום המשכנתא, ללא ערך הקרקע)
תאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת			שטח הדירה
הדירה נמצאת בקומה _____ מתוך _____ קומות	הבנין בנוי מ: _____	גג עשוי מ: _____	משמש ל _____	מ"ר
שירות מקי מים	<input checked="" type="checkbox"/> ניתן ע"י נותן השירות מטעם המבטח <input type="checkbox"/> בחירת שירות ע"י המבוטח (תחוייב בתוספת פרמיה)			
נסיון ביטוח ומקים				

← 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

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
מסקל _____	גובה _____	מסקל _____	גובה _____
מבוסס ראשי: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	מבוסס שני: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	מבוסס ראשי: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	מבוסס שני: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
לנשים: האם הינך בהריון?			
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?			
1. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?			
מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____			
2. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת/תרופות			
אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____			
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא (5)?			
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?			
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 הינך סובלת/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)			
5. האם הינך סובלת/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, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____			
6. האם הינך סובלת/או סבלת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)?			
7. האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגלוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, צינטור, M.R.I., C.T., אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים.			
אם כן ציין סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם בדיקה תקינה? _____			
8. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? מבוסס ראשי - פרט: _____			
מבוטח שני - פרט: _____			
האם אתה מעשן או עישנת בעבר? _____			
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____			
מבוטח שני: 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? _____			
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____			
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____			

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')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
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	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	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				סניף		בנק	
קוד בנק	קוד סניף	סוג החשבון					
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				5 1 1		קוד מוסד	
				כתובת הסניף			

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

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/נו 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.

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

← אישור הבנק

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

לכבוד
הפניקס 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.

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

שם מבטח ראשון	ת.ז.	שם מבטח 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 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 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 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 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 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, 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 מבטח ראשון	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת מבטח שני	<input checked="" type="checkbox"/>

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטוח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתומים/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת מבטח ראשון	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת מבטח שני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור תנאי קבלה מיוחדים

<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית 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 מבטח ראשון	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת מבטח שני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור הסוכן

<p>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 ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחותמת הסוכן
			<input checked="" type="checkbox"/>