

← ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד לביטוח ראשי

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה ש"ח לחודש _____ ש"ח לחודשי _____ שכר החודשי ש"ח _____	
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי ש"ח _____	
השתנות הפרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכיסויים בפרמיה משתנה בלבד.	
הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829)
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)
תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12	
נא לסמן הרחבות מבוקשות	
<input type="radio"/> ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)	
<input type="radio"/> פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)	
נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:	
<input type="radio"/> *נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)	
<input type="radio"/> *נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	
*מותנה ברכישת הרחבה 9	
<input type="radio"/> הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול	
<input type="radio"/> הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימאלי 55	
לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי ההרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10	

← ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד לביטוח שני

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה ש"ח לחודש _____ ש"ח לחודשי _____ שכר החודשי ש"ח _____	
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי ש"ח _____	
השתנות הפרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכיסויים בפרמיה משתנה בלבד.	
הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829)
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)
תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12	

← ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד לביטוח שני - המשך

נא לסמן הרחבות מבוקשות	
<input type="radio"/> ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)	
<input type="radio"/> פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)	
נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:	
<input type="radio"/> *נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)	
<input type="radio"/> *נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	
*מותנה ברכישת הרחבה 9	
<input type="radio"/> הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול	
<input type="radio"/> הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימאלי 55	
לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי ההרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10	

הצהרת בריאות		
מבטח ראשי	מבטח שני	הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן
		גובה _____
		משקל _____
		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, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות % _____ ב. סוג הנכות שנקבעה: _____ נכות זמנית _____ נכות קבועה _____ טרם נקבעה נכות _____
		4 האם הינך סובלת/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). _____
		5 האם הינך סובלת/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) מבטח ראשי: נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____ מבטח שני: נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____
		6 האם הינך סובלת/ת 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, C.T, M.R.I. אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים. אם כן ציין סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה תקינה? _____
		8 האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? מבטח ראשי - פרט: _____ מבטח שני - פרט: _____
		האם אתה מעשן או עישנת בעבר? אם כן- מבטח ראשי: ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ מבטח שני: 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? מבטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____ מבטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____

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

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 באופן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטח
	תאריך

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבטוח ראשי	ת.ז.	שם מבטוח שני	ת.ז.
<p>1. אני/ו החתומים/ים מטה, המועמדים לביטוח בפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה/ים ומבקש/ים בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל גמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימים ומתחייבים 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. ידוע לי/נו 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.</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 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>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 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.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבטוח הראשי	חתימת המבטוח השני
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחותמת הסוכן
			<input checked="" type="checkbox"/>

טופס אמצעי תשלום

תשלום באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינורס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר	
תוקף	מס' כרטיס האשראי
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס	מס' ת.ז. שם בעל הכרטיס

תשלום באמצעות הוראת קבע		לכבוד
קוד בנק	קוד סניף	סניף
סוג החשבון	מס' החשבון בבנק	בנק
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	611 קוד מוסד	כתובת הסניף

1	אני/הח"מ	שם בעל/ החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.ז. / ח.פ.
	כתובת	רחוב	מספר
		עיר	מיקוד
2	ידוע לילינו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס 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/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.		
3	ידוע לילינו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".		
4	ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לילינו 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 לביצועו.		
6	הבנק רשאי להוציא/ני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילינו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.		
7	נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.		

פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.	
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון	תאריך

אישור הבנק

קוד בנק	קוד סניף	סוג החשבון	מס' החשבון בבנק
			611
		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	קוד מוסד

לכבוד
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435
 טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצועו, 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 בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

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