

הצעה לביטוח חיים וכיסויים נוספים

(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 (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה <input type="radio"/> מבוטח <input type="radio"/> אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)	
שם בעל הפוליסה	ת.ז.
כתובת	טלפון
<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

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
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	מצב משפחתי
מין	הרופא המטפל
קופת חולים	כתובת הסניף
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
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	מצב משפחתי
מין	הרופא המטפל
קופת חולים	כתובת הסניף
מקצוע	עיסוק
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. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי 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. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			

לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	לא <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/>
לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות?	לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות <input type="radio"/>

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 משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
2	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
3	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
4	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

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

מינוי מוטבים - למבוטח השני						
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				ז / ב		
				ז / ב		
				ז / ב		
				ז / ב		
				ז / ב		

← הרשאה לחיוב חשבון

מס' החשבון בבנק				מס' החשבון בבנק		בנק		סניף		לכבוד	
קוד בנק		קוד סניף		סוג החשבון		קוד סניף		בנק			
מס' ת.ד. / ח.פ.				מס' ת.ד. / ח.פ.		611		קוד מוסד		כתובת הסניף	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		611		קוד מוסד			
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק				שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		מספר		רחוב		1. אב/ו הח"מ	
מס' ת.ד. / ח.פ.				מס' ת.ד. / ח.פ.		מספר		רחוב			
מיקוד				עיר		מספר		רחוב		כתובת	
מיקוד				עיר		מספר		רחוב			
<p>2. נותנים 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".</p> <p>3. ידוע לילנו כי:</p> <p>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.</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 מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/וכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>4. ידוע לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>5. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>7. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>8. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>											
<p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>											
<input checked="" type="checkbox"/>								תאריך		חתימת בעל החשבון	

← אישור הבנק

מס' החשבון בבנק				מס' החשבון בבנק		מספר		שם הבנק		תאריך	
קוד בנק		קוד סניף		סוג החשבון		קוד סניף		מספר		תאריך	
מס' ת.ד. / ח.פ.				מס' ת.ד. / ח.פ.		611		קוד מוסד		תאריך	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)				אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		611		קוד מוסד		תאריך	
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/בם 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.</p>											
<input checked="" type="checkbox"/>								מספר הסניף		חתימה וחותמת הבנק	

ריסק 1 (510) ש"ח _____ ריסק 5 (403) ש"ח _____

0 | 1 | 2 | 0 |

תאריך התחלת הביטוח

ביטוחים נוספים

ילדים (לכל הילדים שצויינו בדף (2)	מבוטח שני	מבוטח ראשי	סוג הכיסוי
	ש"ח		ריסק משתנה מדי שנה (512)
	ש"ח		ריסק משתנה מדי 5 שנים (405)
	ש"ח	ש"ח	מוות מתאונה (909)
ש"ח (152)	ש"ח	ש"ח	נכות מתאונה (52)
ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/> "מרפא" <input type="radio"/> פלטינה (533, 523) זהב (532, 522) <input type="radio"/> כסף (531, 521) ארד (520, 530)
	ש"ח לחודש (347) לתקופה של _____ שנים	ש"ח לחודש (346) לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה <input type="radio"/> נכות מקצועית (58) <input type="radio"/> נכות רגילה (57) <input type="radio"/> השתלות ועוד + סל זהב (1716+1764)
לתשומת לבכם - גיל מינימלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ מקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום נוכחי קטן משנה) _____ האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			<input type="radio"/> גשר - שחרור מפרמיה במקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (68) (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

מבוטח שני	מבוטח ראשי
<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67) ש"ח לחודש <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה	<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ * (אפשרי 60-67) ש"ח לחודש <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3 תקופת המתנה
<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)	<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)
<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	<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
הרחבות לאובדן כושר עבודה - נא לסמן קוד אחד בלבד הרחבה ללא חחרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) הרחבה כוללת חחרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> פרבצ'יה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) <input type="radio"/> שכר החודשי _____	

*הערה: במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

◀ "עד שתוכלי" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ החל מתאריך _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p>	<p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ החל מתאריך _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p>
פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____	פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____
<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה ותיקה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1508) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1509)	<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה ותיקה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1508) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1509)
<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה חדשה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1512) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1513)	<input type="radio"/> ביטוח יסודי - קרן פנסיה חדשה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1512) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1513)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)
<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת	*במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

← הצהרת הבריאות (המשך)

א. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <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?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה	תאריך	אבחנה
מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה	תאריך	אבחנה
האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרך תוצאות הבדיקות.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

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

← חתימת המבוטחים

תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני

הצהרת בריאות לילדים עד גיל 5

שם ההורה/ אפוסטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (1)	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
שם הילד (2)	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

בכל מקרה של תשובה חיובית יש לפרט למטה ו/או בדף נוסף ולצורך מסמכים רפואיים רלוונטיים.

נא לענות על השאלות הבאות:	ילד 1	ילד 2
1 האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2 האם הילד אושפז לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
3 האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים או משפחה?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
4 האם בוצע ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
5 האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6 האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.1 בעיות בהתפתחות הילד?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.2 ליקויים ו/או מחלות של מערכת השלד והשרירים?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.3 מחלות לב ו/או כלי דם?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.4 ליקויים ו/או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.5 ליקויים ו/או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.6 ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים, החושים, בעיות נוירולוגיות, בעיות אוזניים, עיניים?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.7 ליקויים ו/או מחלות של מערכת ההפרשה הפנימית, בעיות בחילוף חומרים, סוכרת, מחלת כבד?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.8 מחלות ובעיות עור?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.9 מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.10 ליקויים או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.11 האם יש או היו לילד הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
ילידים עד גיל חצי שנה :		
7. יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים או דו"ח (דו"ח אפגר) על הלידה וממצאיה. אם הדו"ח אינו בידי ההורים, או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:		
7.1 באיזה שבוע הייתה הלידה?	שבוע מס' _____	
7.2 אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?	מס' ימים _____	
7.3 האם הומלץ בשחרור על מעקב מיוחד?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
7.4 מה הייתה דרגת אפגר אחרי 5 דקות? _____		

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 / אטרטיס / ראומטיזם	4. דרכי הנשימה	5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול	7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי
----------	-------------------	------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

פרטים נוספים (אם המקום אינו מספיק לפירוט - אנא פרטי/ בדף נפרד)

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')

הצהרת ההורה/האפוסטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוסטרופוס על פי חוק הכשרות והאפוסטרופוסות תשכ"ב ב-1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או לא בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירוף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע ימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל נוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בה רשות לקופ"ח ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדות 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 חברה לביטוח בע"מ" (להלן: המבקש), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תמי הקבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר ו/או בהווה ו/או שתהייה בעתיד והנני משחרר/אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים במבקש ולסוכם הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/האפוסטרופוס

תאריך	הורה/אפוסטרופוס	חתימה
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

באם יש בידיך פרט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.			
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	הנני מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן
			1. גובה משקל
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלו במהלך 12 החודשים האחרונים?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	2. האם היו במשפחתו (הורים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיגות התאבדות, מקרה מוות. בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית.
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	3. האם יש או הייתה נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	4. האם נטל בעבר או נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
			אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
			שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
			שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	5. האם עבר ניתוח בעבר, או מועמד לניתוח, או יעצו לו לעבור ניתוח בעתיד?
			אם כן - ציין: שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
			שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
			שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	6. האם משתמש או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	האם צורך משקאות חריפים?
			אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
			שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	7. האם מעשן או עישן בעבר?
			אם כן, ציין שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
			שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
			שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
			8. האם היה או הינו חולה, או היו לו סימנים או הפרעות, או היה בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפז, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בדרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבоза, יתר לחץ דם, אחר)?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	האם הושטל בגופו קוצב לב או סטנט?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, בעיה באשכים, בעיות גניקולוגיות, חולה איידס, נשא איידס, אחר?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גחז, ציסטות, אחר?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FME), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר?
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> לא	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?

חתימת ההורה/אפוטרופוס			
<input checked="" type="checkbox"/>	ת.ז.	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימה		ההורה/אפוטרופוס	

עבור לדרך הבא

← הצהרת בריאות לילדים מגיל 5 עד 18 - המשך

<p>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?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות.</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>אם הינו מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאפטרויות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____</p>					
<p>י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציתמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: טרשת נפוצה, שיתוקים, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (מלבד 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?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>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 _____</p>					
<p>10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
<p>11. האם ילדך חש בריא והיה בריא ב- 12 החודשים האחרונים?</p>			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

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	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

← הצהרת ההורה/האפוטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוטרופוס על פי חוק הכשרות והאפוטרופוסות תשכ"ב ב- 1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או לא בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסייה וגמל בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירוף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע ימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמש לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

← חתימת ההורה/אפוטרופוס

תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרות

שם מבטוח ראשי	ת.ז.	שם מבטוח שני	ת.ז.
<p>1. אני החתום מטה, המבטוח, 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 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 שחווה 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 החדשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החדשי המבטוח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החדשית 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 ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.</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 לכ"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 הבכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

מינוי סוכן 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 החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור תנאי קבלה מיוחדים

<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום 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>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבטוח הראשי	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבטוח השני	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המעסיק ואת המבטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם. 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 וחומת הסוכן
			<input checked="" type="checkbox"/>