

הצעה לביטוח חיים ריסק דינאמי

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

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' הצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	----------

אני/אנו החתומים מטה, המעסיק ו/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בניהול הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או לקופת הגמל הפניקס גמל בע"מ פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח ו/או לתכנית פנסיה ו/או לקופת גמל כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה מבוטח אחר

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	כתובת	טלפון
אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי			

פרטי 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 <input type="radio"/> ילדים		
מין	מצב משפחתי	קופת חולים	רופא מטפל
כתובת הסיניף			
מקצוע			
עיסוק			
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות			

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני
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			

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת? <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא
האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אויר / או בדעתך 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"? <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא
האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות? <input type="radio"/> כן, פרט <input type="radio"/> לא

מינוי מוטבים - למבוטח

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		

מסלול הביטוח

סכום ביטוח דינאמי על פי תקופה בהתאם לטבלת עזר

0	1	2	0
תאריך תחילת הביטוח			

טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה

מס' סידורי	מס' סידורי	סכום חודשי בשקלים	לתקופה (בשנים)
1	בן/ת זוג		
2	ילד 1		
3	ילד 2		
4	ילד 3		
5	ילד 4		
6	אחר		
7	אחר		

סכום הביטוח אשר יירכש בפוליסה יחושב לפי ריבית תחשיבית ברוטו בשיעור שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול בשיעור שנתי של 0.5%.

ביטוחים נוספים	
מבוטח	סוג הכיסוי
ש"ח _____	○ מוות מתאונה (909)
ש"ח _____	○ נכות מתאונה (52)
ש"ח _____	○ "מרפא" - ○ פלטינה (542) ○ זהב (541) ○ כסף (540) ○ ארד (539)

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

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

הצהרת בריאות לסכומים של עד 2 מיליון ש"ח

במידה וסכום הביטוח עולה על 2 מיליון ש"ח יש למלא הצהרת בריאות מלאה	
○ לא ○ כן	1. גובה _____ משקל _____ האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
○ לא ○ כן	2. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____
○ לא ○ כן	3. האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____
○ לא ○ 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: ○ נכות זמנית ○ נכות קבועה ○ טרם נקבעה נכות
○ לא ○ 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).
○ לא ○ 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 דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____
○ לא ○ כן	7. האם הינך סובל/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)?
○ לא ○ כן	8. האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגלוי 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?
○ לא ○ 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 _____

(* במידה וענית "כן" יש למלא שאלון מחלות מתאים

חתימת המבוטח			
✓			
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם המועמד לביטוח	תאריך

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית	
<p>1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ/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"/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 אודחיייתה. 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.</p> <p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקשתי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן, הנני מצהיר שידוע לי על כל הודעה לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p> <p>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.</p> <p>4. אני החתום מטה המבוטח, 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>	
✓	
חתימת המבוטח	תאריך

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח	
<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, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>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.</p>	
✓	
חתימת המבוטח	תאריך

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 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.</p>	
✓	
חתימת המבוטח	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.			
✓			
חתימת הסוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך

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"/> דינירס <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	מס' ת.ז.

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

1	אני/הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק
	מס' ת.ז. / ח.פ.	
	כתובת	
	רחוב	
	מספר	
	עיר	
	מיקוד	
		<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה"</p>
		<p>2 ידוע לי/לנו כי:</p> <p>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.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ים 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/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>
		<p>3 ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".</p>
		<p>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.</p>
		<p>5 הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p>
		<p>6 הבנק רשאי להוציאני/נו 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>7 נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p>

← 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	חתימת בעל החשבון

אישור הבנק

קוד בנק	מס' החשבון בבנק
קוד סניף	סוג החשבון
611	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 שתציגו 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 בהחייביותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

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