

**בקשה לעדכון פוליסה קיימת - למבוטחים עד גיל 70 בלבד! (למעט כתבי שירות)** קוד מסמך 706

פרטי סוכן/יועץ			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' פוליסה

**פרטי המועמדים לביטוח**  
 אני/אנו החתומים מטה, בעל פוליסה ו/או המבוטח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס") בהצעה לעדכן פוליסת ביטוח קיימת ו/או להחליף את תכניות הביטוח הקיימות כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	עיסוק	תעודת זהות	מין	מצב משפחתי	שב"ן	תאריך לידה
מועמד ראשון/ בעל פוליסה									
מועמד שני									
ילד ראשון									
ילד שני									
ילד שלישי									
ילד רביעי									

**אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)**

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל - חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
מועמד ראשון/ בעל פוליסה					
מועמד שני					
ילד בוגר - שם:					

\* בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף

ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות \*3455.

**פרטי מוטבים**  
 ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.

**הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה)**

הגני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקסטרניים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

X	X	X
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

**אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X:

○ מועמד ראשי ○ מועמד שני ○ ילד ראשון ○ ילד שני ○ ילד שלישי ○ ילד רביעי

**לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.**

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

X	X	X
ילד בוגר	חתימת מועמד שני	חתימת מועמד ראשון

**בריאות - החלפת תכנית ביטוח קיימת בחברה (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)**

כיסוי קיים	כיסוי חדש מבוקש	האם נדרש למלא הצהרת בריאות מלאה?	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ניתוחים שב"ן/ קו מהיר ללא שיפוי	ניתוחים אחידה / משתלם פלוס (9018/9019/9020)	כן	○	○	○	○	○	○
ניתוחים קו כסף/ קו מהיר עם שיפוי/ משתלם פלוס	ניתוחים אחידה / משתלם פלוס (9018/9019/9020)	לא	○	○	○	○	○	○
ניתוחים קו כסף/ שב"ן/ קו מהיר / משתלם פלוס	שב"ן (9017)	לא	○	○	○	○	○	○
תרופה	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	כן יש להוסיף פסקה 730	○	○	○	○	○	○
סגולה/ סגולה מורחבת / סל זהב שנמכר לפני 2016	תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9743/9744)	לא	○	○	○	○	○	○
השתלות בסיס	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722 /9723)	כן	○	○	○	○	○	○
השתלות ועוד/ מורחב/ מוגדל/ בינלאומי/ השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ( 9723/9722)	לא	○	○	○	○	○	○
עולמי / ניתוחים בחו"ל	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	לא	○	○	○	○	○	○
אמבולטורי נספח בין 2014-2016	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא	○	○	○	○	○	○
אמבולטורי נספח טרם 2014	שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	לא יש להוסיף פסקה 1614	○	○	○	○	○	○
תרופות אקסטרה נספח טרם 2016	תרופות אקסטרה (9742)	כן	○	○	○	○	○	○
בריאות כמו גדול/ בריאות כמו גדול פלוס	ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד	לא	○	○	○	○	○	○
אחר: _____	אחר: _____	תנאי חיתום עפ"י המקובל בחברה	○	○	○	○	○	○

**החלפת תכנית ביטוח מחלות קשות (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)**

כיסוי קיים	כיסוי חדש מבוקש	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
מרפא ארד, כסף, זהב/ פלטינה/ יתרון / ילדים/ אחר	מרפא (8542, 8543, 8544)	○	○	○	○	○	○

**נדרשת הצהרת בריאות מלאה - החיתום החדש יבוצע ויחול ביחס להפרש הכיסוי הביטוחי בין התכנית הקיימת לחדשה והינו בנוסף לחיתום הקיים.**

**בריאות - הוספת כיסויים בפוליסה קיימת (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)**

יש לסמן X בתכנית/חבילה הנבחרת עבור כל מועמד בנפרד.							
ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	מועמד שני	מועמד ראשון	גילאי כניסה	סוג תכנית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
<b>ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9019/9018)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
<b>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
<b>תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב (9743/9744)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
<b>תרופות אקסטרה (לבעלי כיסוי סל הזהב בלבד) (9742)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
<b>השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
<b>שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
<b>ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משתלם פלוס (9020)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	בסיס
<b>ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן (9017)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
<b>כתב שירות אבחנה מהירה (8985)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
<b>כתב שירות לא לבד (9004)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-20	נוספת
<b>ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
<b>כתב שירות רופא אישי (9987)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
<b>כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ללא הגבלה	נוספת
<b>כתב שירות רפואה משלימה (9342)</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-70	נוספת
<b>טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל (9980)</b> למבוטחים בעלי תכנית קו הכסף עם כיסוי לניתוחים בישראל במסלול שיפוי או למבוטחים בעלי תכנית משלים שב"ן - ששווקו לפני 02.2016 (תנאי חיתום בהתאם לתנאי החיתום בכיסוי ניתוחים בישראל)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-67	נוספת
<b>ביטול סייג תאונות עבודה</b> -ניתן על פוליסות מלפני 2014 (1597)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-90	נוספת
<b>ביטוח סייג תאונות דרכים וטור</b> -ניתן על פוליסות מלפני 2004 (260)							

**מחלות קשות - הוספה כיסוי/ הגדלת סכום ביטוח (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)**

סכום ביטוח מינימלי 50,000 ש"ח מקסימלי 600,000 ש"ח במצטבר במסלולי מחלות קשות

ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	מועמד שני	מועמד ראשון	הצהרה נדרשת*	גילאי כניסה	סוג תכנית	יש לציין סכום ביטוח עבור כל מועמד לביטוח בנפרד
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	א' + ב'	0-64	בסיס	מרפא (8544, 8543, 8542)
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	א'	0-64	בסיס	מרפא סרטן (9831)

\*הצהרת בריאות מחלות קשות

**הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציין בטבלה שלהלן:**

קוד הנחה (ככל שידוע)	שנה ו'	שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	תכנית ביטוח
							<b>אחר</b>

ההנחה הינה לכיסויים חדשים (לא כולל שדרוגים) בלבד ובכפוף לאישור החברה.

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)												
מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.												
במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.												
תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.												
1. פרטים כלליים												
שם המועמד לביטוח												
למילוי מגיל 16												
גובה (בס"מ)												
משקל												
2. שאלון מבוא כללי												
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה?												
נא ציין כמות סיגריות ליום												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה - אב, אם, אחים ואחיות שאובחנו עם מחלת לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55?												
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? (9)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון? אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים בחמש השנים האחרונות, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 מחלות מערכת העיכול לרבות, וסט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? (6)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? (1)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטריות?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון לרבות, דום נשימה?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 מחלות/כאבים במערכת השלד לרבות, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? (2)*(3)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? (4)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 מחלות והפרעות במערכת הכליות לרבות, דרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 מחלה ממארת (סרטן) לרבות, גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? (7)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 מחלות מערכת הדם לרבות, הפרעות בקרישת הדם כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 מחלות ותופעות בעור לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות, נשאות נגיף האיידס HIV?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 מחלות נפש לרבות, מחלת נפש ו/או בעיה נפשית שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? (8)*												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון, אשך טמיר? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: לרבות, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 בקע/הרניה לרבות, מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי?												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 ילדים עד גיל-3 אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.												

המשך הצהרת בריאות												
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<b>4. שאלות נוספות</b>												
1												האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש השנים האחרונות?
2												האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות, ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר בעשר שנים האחרונות?
3												האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?
4												האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה?

**הצהרת בריאות מחלות קשות**  
**מרפא סרטן עד 600 א' נדרש למלא חלק א בלבד | בטוח מרפא עד 600 א' נדרש למלא חלק א + חלק ב**  
**מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות**

- מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.  
 - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.  
 - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.

1. פרטים כלליים												
שם המועמד לביטוח												
חלק א'												
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
1												האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? מגיל 16
2												האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/ אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך -2.1 2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)
2.1												סרטן
2.2												סכרת סוג 1
2.3												סכרת סוג 2
2.4												שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון
2.5												לב
3												האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ו/או בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן בחמש השנים האחרונות?
4												האם חלית ו/או אבחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?
4.1												מחלה או גידול ממאיר (סרטן) לרבות BCC, SCC, גידול טרום סרטני, גידול שפיר? *(7)
4.2												קרוהן, קוליטיס, קיבה, מעיים, ושט, כבד, גושה, שחמת הכבד, צהבת, דם בצואה? *(6)
4.3												דיכוי חיסוני לרבות איידס (HIV), מושתל איברים?

חלק ב' - המשך הצהרת בריאות בעת רכישת בטוח מרפא												
5 גובה ומשקל - למילוי מגיל 16												
גובה (בס"מ)												
משקל												
6												האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ-2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?
7												האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות ניתוח קוסמטי?
8												האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?

<b>המשך הצהרת בריאות מחלות קשות פרק ב'</b>														
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי				
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<b>9 האם חלית ו/או אבחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?</b>														
													<b>9.1</b>	מחלות לב, כלי דם ומערכת הדם לרבות, איוושה /רשרוש בלב, יתר לחץ דם, הפרעות בקרישת הדם? (9)*
													<b>9.2</b>	מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי /שבץ מוחי, אוטיזם, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת, טרשת נפוצה, רעד, פוליו, פרקינסון, תסמונת דאון, שיתוק מוחין, גידול מוח?
													<b>9.3</b>	מחלות חושים (ראייה, שמיעה) לרבות משקפיים (מספר העדשות 8 ומעלה) וליקוי שמיעה?
													<b>9.4</b>	מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות? (4)*
													<b>9.5</b>	מחלות אורטופדיות /ראומטולוגיות לרבות מחלת מפרקים, לופוס/זאבת, בריחת סידן, בעיות במפרקי ברכיים, ירכיים, כתפיים, שברים באגן?
													<b>9.6</b>	מחלות והפרעות במערכת הכליות והשתן לרבות דם או חלבון בשתן?

<b>הצהרת בריאות לכתב שירות לא לבד</b>														
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי				
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
(מועמד לביטוח מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)														
													<b>1</b>	האם חלית או הינך חולה במחלה ממארת ו/או הינך נמצא בבירור רפואי ו/או הומלץ לך על בירור רפואי ו/או הינך נמצא במעקב עקב חשד למחלה ממארת ו/או עברת ביופסיה?

<b>הצהרת בריאות לכתב שירות אבחנה מהירה</b>														
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי				
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
(מועמד לביטוח מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)														
													<b>1</b>	האם הינך נמצא בבירור רפואי או הומלץ לך על בירור רפואי עקב תופעה ו/או מחלה וטרם הסתיים הברור ו/או האבחון?

**(\*) - בעת מתן מענה חיובי, נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר המצוין בסוגריים.**  
בנוסף, בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

**פירוט ממצאים חיוביים**

שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
ילד בוגר _____	חתימת מועמד שני	חתימת מועמד ראשון

**הליך התאמת צרכים**

- בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו נקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, הנני לאשר כי בוצעה לי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.
- נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים ונבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים					
מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	○ לא ○ כן
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○

**במידה ומעוניינים לבטל - אופן הגשת הביטול** ○ באמצעות סוכן הביטוח\*\* ○ באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"\*\*\* ○ באופן עצמאי

\* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זהה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות- הנוספת והקיימת.

**\*\* יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה.**  
 לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

X	X	X
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר _____

**הצהרות המועמד לביטוח**

**הצהרות להמרות**

ינתן רצף ביטוחי, לרבות עניין מניין תקופת אכשרה וחרגי מצב רפואי קודם, לסכומי ביטוח ולכיסויים ביטוחיים (בכלל זה בדיקות, שירותים או טיפולים, לפי העניין), שהיו קיימים בפוליסה שהוחלפה וככל שהם קיימים וחופפים לאלה שבפוליסה החדשה או המעודכנת. עוד מובהר כי לא ינתן רצף ביטוחי כאמור לכל כיסוי ביטוחי, בדיקה, שירות או טיפול או סכום ביטוח שלא היו קיימים בפוליסה שהוחלפה או עודכנה. תנאי חיתום, לרבות החרגות ותוספות חיתומיות, שהיו קיימים בפוליסה שהוחלפה יעברו ברצף ומשיכו לחול גם על אותם כיסויים ביטוחיים בפוליסה החדשה או המעודכנת. אם וכאשר יחולו הגבלות ו/או תנאים מיוחדים חדשים בנספח החדש יחולו על הכיסוי הביטוחי העולה בהיקפו על הכיסוי הקיים במועד השדרוג.

**הצהרות להוספת כיסוי**

מחליפי ניתוח - ידוע לי ואני מסכים כי ההחרגות ו/או התוספות הקיימות בביטוח הניתוחים בישראל שברשותי, יחולו בהתאמה על כיסוי טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל.

**הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן.**

**ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:**  
 ידוע לי שחברות/נו במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/על ההצהרה בשמם כאפוטרופוסית טבעית.

**גילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן**

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). (כלומר, המבטח ישלם את הפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ברות ביטוח - בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**ככל שהמבוטח לא רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:**

הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח

**הצהרות המועמד לביטוח - המשך**

**הצהרות נוספות**

**אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:**

1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
4. הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
6. 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 והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
7. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ בסיס אחרת. ידוע לי שככל שביקשתי במסגרת טופס ההצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש יחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירתי ואני רשאי לבחור בהם א לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת.
9. **לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות** - תקופת הביטוח הינה נקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה נעשה ביום 1.6.2020 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.
10. הריני לאשר כי הוצגו בפניי דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח. הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.
11. **ויתור על סודיות רפואית** - אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח 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 חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי 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 "הפניקס" ולא תהיה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
12. **הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת** - הנני  לא מסכים  מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר _____

**אישור הסוכן**

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד לביטוח. כמו כן, המועמד לביטוח אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

**הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:** אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה.

ביצעתי למועמד לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעתי לו ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו את הביטוח המוצע התואם לצרכיו. במקרה בו נקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, הנני לאשר כי ביצעתי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.

**הריני לאשר כי:**

מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם.

**הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום** - הנני מאשרת בזה כי במועד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז. או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.

הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם הסוכן	ת.ז.	חתימת הסוכן



שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
<b>הצהרת משלם חריג</b>				
שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	ר.ת. / פ.ח. / ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	יישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.				
תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם		

**הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)**

<b>תשלום באמצעות כרטיס אשראי</b>				
תאריך	<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר			
X	מס' כרטיס האשראי		תוקף	
	שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	מס' ת.ז.	חתימת בעל הכרטיס
הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסיים נוספים בלבד.				

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש 1 לחודש ● 10 לחודש\* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)**

\*לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

בנק	מס' חשבון			סניף
_____	סניף	סוג חשבון	611	_____
("הבנק")		שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____				
<b>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</b>				

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2	כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנת לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
<b>פרטי ההרשאה</b> סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.	
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	תאריך _____ חתימת הבנק _____ חתימת בעל החשבון _____