

## הצעה לביטוח בריאות

(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 אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:  
 להצטרף לתכנית ביטוח בריאות כמפורט להלן;  
 להוסיף/ לשדרג/ להמיר כיסויים בפוליסת בריאות כמפורט להלן;

מספר פוליסה קיימת:

### פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	עיסוק/תחביבים מסוכנים
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			
				ז / נ			

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
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 התקשרות (בקו ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			

### מינוי מוטבים למקרה מוות (בפוליסת סיעוד ותאונות אישיות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קרבה	% חלק
			ז / נ		
			ז / נ		

## ביטוח בריאות

### פירוט הכיסוי המבוקש

<input type="radio"/> קו כסף עולמי (1724+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-20 (1729+1722+1744+324+327+329)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> קו כסף עולמי לצעירים גילאי 21-34 (1731+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> קו כסף 66+ (1730+1722+1744+324+327)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני
<b>חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן – מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה):</b>	
<input type="radio"/> קו כסף משלים שב"ן (1735+1736+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> משלים שב"ן לילדים 0-20 (1737+1736+1722+1744+324+327+329)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> משלים שב"ן לצעירים 21-34 (1738+1736+1722+1744+324+327+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> משלים שב"ן לגילאי 66+ (1739+1736+1722+1744+324+327)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני
<input type="radio"/> חבילת קו מהיר מורחב (1725+566+1716+1732+1744+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> חבילת השתלות ותרופות (1723+1744+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<input type="radio"/> עולם ומלואו (השתלות תרופות ועולמי) (1723+1719+1744+1597)	<input type="radio"/> ראשי <input type="radio"/> שני <input type="radio"/> ילד 1 <input type="radio"/> ילד 2 <input type="radio"/> ילד 3 <input type="radio"/> ילד 4
<b>חבילת קו משלים לבריאות (פיצוי משלים לניתוחים+ השתלות+ תרופות):</b>	
<input type="radio"/> ראשי גבר (1727+1716+1744+1597)	<input type="radio"/> ראשי גבר (1702)
<input type="radio"/> ראשי אישה (1728+1716+1744+1597)	<input type="radio"/> ראשי אישה (1704)
<input type="radio"/> ראשי ילד (1713)	<input type="radio"/> ילד (1714)
<b>ביטוחים נוספים לרכישה לחבילות קו הכסף וקו מהיר מורחב בלבד:</b>	
<input type="radio"/> פרק ב'- טיפולים אמבולטוריים (986) לגילאי 66+ (449)	<input type="radio"/> כתב שירות: רופא עד הבית (287)
<input type="radio"/> טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו הכסף) (980)	<input type="radio"/> כתב שירות: רפואה משלימה (342)
<input type="radio"/> קו ירוק – רפואה אלטרנטיבית (332)	<input type="radio"/> כתב שירות: סל שירותים (1008)
<input type="radio"/> בריא ושלם (1718)	<input type="radio"/> בריאות כמו גדול (עבור קו הכסף) (329)
<input type="radio"/> כתב שירות: ייעוץ פסיכולוגי (331)	<input type="radio"/> סל הזהב (1744)
<input type="radio"/> סייג תאונות דרכים (260)	<input type="radio"/> סייג תאונות עבודה (1597)

**חבילת משלים למחלים: סכום פיצוי יומי (מינימום 100 ₪ מקסימום 1,000 ₪)**

פיצוי אשפוז חירום (1733+1597) ראשי  \_\_\_\_\_ ₪

פיצוי אשפוז חרום למשני וילדים (1005)

שני  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 1  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 2  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 3  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 4  \_\_\_\_\_ ₪

פיצוי אשפוז אלקטיבי (1006)

ראשי  \_\_\_\_\_ ₪ שני  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 1  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 2  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 3  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 4  \_\_\_\_\_ ₪

פיצוי ימי מחלה (1007)

ראשי  \_\_\_\_\_ ₪ שני  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 1  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 2  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 3  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 4  \_\_\_\_\_ ₪

**הוספת כיסוי "מרפא" - פיצוי למחלות קשות לפוליסה קיימת (סמן ב-X)  בפוליסה עצמאית יש לרכוש כיסוי יסוד 1194**

מקסימום סכום ביטוח למחלות קשות: למבוגר 500,000 ₪, לילד 250,000 ₪

מרפא - מבטוח ראשי  פלטינה (542)  זהב (541)  כסף (540)  ארד (539) סכום ביטוח \_\_\_\_\_ ₪

מרפא - מבטוח משני  פלטינה (606)  זהב (605)  כסף (604)  ארד (603) סכום ביטוח \_\_\_\_\_ ₪

מרפא - מבטוח ילד  ילד (834) (ילדים בפוליסת הורים בלבד)

ילד 1  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 2  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 3  \_\_\_\_\_ ₪ ילד 4  \_\_\_\_\_ ₪

**← שדרוג - סמן את הפעולה הרצויה**

סל זהב (1744) - (בשדרוג יש להוסיף פיסקה 730) - יש למלא הצהרת בריאות מקוצרת בשדרוג מסגולה מורחבת אין צורך בהצהרה.

השתלות ועוד (1723/1722/1716) - בשדרוג מכיסוי השתלות בסיס יש למלא הצהרת בריאות מלאה.

קו עולמי מורחב (324) שדרוג כיסוי הניתוחים בחו"ל במסגרת חבילת קו כסף עולמי - ללא הצהרת בריאות.

משלים עולמי מהיר (1732) - לשדרג את כיסוי בינלאומי מהיר - ללא הצהרת בריאות.

קו כסף עולמי (1724) מקו מהיר - ללא הצהרת בריאות.

**הצהרת בריאות**

שאלות	מבטוח ראשי	מבטוח שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
לנשים: האם את בהריון <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>						
גובה משקל						
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת/תרופות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, ציין תרופה: _____ מ'בון: _____ תרופה: _____ מ'בון: _____						
2. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כלשהי? (5)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
3. האם הינך סובלת/ואו סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות ו/או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10) סוכרת (1), יתר לחץ דם (9)?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____						
4. האם הינך סובלת/ואו סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני (7), מחלות דרכי נשימה, אסטמה (4), עיוורון מלא ו/או חלקי ו/או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים ו/או חירשות, מחלות עור (10/5), מחלות בדרכי העיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2), פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט _____						
5. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או ייעצו לך לעבוד ניתוח בעתיד?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן ציין: מתי: _____ משך האשפוז: _____ סיבת האשפוז/ ניתוח: _____						
6. האם עברת ו/או האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות ו/או בבדיקות הדמיה בעתיד?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
7. האם הינך סובלת/מהפרעות רפואיות ו/או מחלות נוספות שלא פורטו להלן?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן, פרט: _____						
8. האם הינך סובלת/ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס? (10)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
9. האם הינך מעשן או עישנת סיגריות בעבר?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
אם כן פרט מס' ליום _____ משך בשנים _____ מועד הפסקה _____						
10. האם הנך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוגז?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
האם הנך צורך משקאות חריפים? משקאות חריפים ליום/שבוע _____ כוסיות _____	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
האם היו לך ו/או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוס, בעיות שרירים ושלד, טרשת נפוצה, אוסטיאופורוזיס? (3)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, יש למלא שאלון מחלות מפורט על פי מספר השאלון המצוין בסוגריים. בהעדר שאלון ספציפי יש למלא שאלון מחלות כללי

לילדים עד גיל חצי שנה: יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מביה"ח או דו"ח על הלידה וממצאיה. בהעדר הדו"ח יש למלא הצהרת בריאות מיוחדת לילדים עד גיל 5.

# הצהרת בריאות מקוצרת לשרוג כיסויים כמוגדר בטופס

שאלות						מבוסס ראשי	מבוסס שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1.	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות?	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
2.	האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות ממאירות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, מחלות בדרכי השתן?	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
3.	האם עברת בשנתיים האחרונות בירור רפואי או בדיקות רפואיות שאינן בדיקות שגרה? בא פרט. האם אתה עומד לעבור ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח כלשהו או טיפול מחליף ניתוח?	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, בא פרט.											

## ← ויתור על סודיות רפואית

אני/אנו מתחייב בעת הגשת התביעה או לצורך כל ברור של החברה לחתום על טופס ויתור על סודיות רפואית.

## ← הצהרות

אני/אנו המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: החברה) לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שייסר ל"הפניקס", 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 בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. הנני/ו להצהיר כי למיטב הבנתי/נו, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוח או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם. במידה והתשובה היא חיובית לאחת מהשאלות בסעיף זה (סעיף 5), יש למלא שאלון החלפה מלא. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאוטורפוס/ית טבעי/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

## ← אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

## ← משלים שב"ן - גילוי נאות

א. 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 ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. ג. 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). ד. למבטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי 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 או מהמועד בו יכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

## הצהרת המבוטח למשלים שב"ן

אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.

אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאוטורפוס/ית טבעי/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

## ← הצהרת שחלוף

הנני להצהיר כי למיטב הבנתי, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות ו/או נספחים אינם עשויים להתבטל ו/או לא יסולקו ו/או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא ו/או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים ו/או את סכומי הביטוח ו/או הגמלה ו/או לא ישונו הטבות אחרות בהם ו/או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוח או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם.

במקרה ואחת מההצהרות בסעיף זה אינה נכונה, יש למלא שאלון החלפה מלא.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

פרטי גביה

פרטי התשלום כפי שמופיעים בפוליסה מספר:

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מס' כרטיס אשראי
אופן התשלום: <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי			
<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת בעל הכרטיס	חתימת המועמד לבעלו על הפוליסה	תאריך	

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

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. 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המבוטח השני	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	תאריך

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם

<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימת הסוכן		תאריך