

**הצעה לביטוח בתוכנית רגילה**

**שיטת הפניקס**

תיק פנסיוני אישי מבוסס מדדים

(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 בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן: **פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.**

**פרטי בעל הפוליסה**  מבוטח  אחר (אם למלא את הפרטים בטבלה ולחתום על סעיף הצהרה ראשונה (ראה דף הצהרות) על פי צו איסור הלבנת הון - בפרמיה שנתית מעל 20,000 ש"ח)

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	כתובת	טלפון
אופן הגבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום	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
מין	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
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
מין	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון בייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ.

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.

כן  לא  כן

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

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		

פרטי הילדים

לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן "קרן הפנסיה" יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מין	נקבה	זכר
					<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"/>

תוכנית להון בלבד

ש"ח\*

רגילה

תשלום תקופתי

תכנית הביטוח

תאריך התחלת הביטוח

טעמי השקעה\*

טעמי ההשקעה בכפוף להכשר ההילכת\*\*  כן  לא (יש לסמן מסלול מבוקש)

טווח תקופת החסכון לצורך השקעה עד גיל \_\_\_\_\_ (אפשרות בחירה בין 18 ל-80)

מידת סיכון רצויה  1 נמוך ביותר  2 בינוני נמוך  3 בינוני  4 בינוני גבוה  5 גבוה

מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל \_\_\_\_\_ % (טעמי ההשקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משערי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

\* במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לבריית המחודל כפי שתוגדר ותתעדכן בחברה מעת לעת ע"י וועדת ההשקעות  
\*\* ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכת. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול באמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכת.

מובהר בזאת כי בסמכותא של ועדת ההשקעות לעדכן את מודל ניהול ההשקעות בכל עת עפ"י שיקול דעתה ובהתאם לתנאי הפוליסה.

שיטת הפניקס - הפוליסה המבוקשת (סמן ✓ לבחירת מסלול דמי ניהול מבוקש)

קוד מוצר	שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר	להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס שנה
Q	מסלול לחיים שירות	7% קבוע	1.4%	0-3   3-6   6   7   8   9   10 ואילך
P	מסלול לחיים משולב פלוס	9% יורד עד 3%	1.2%	0-3   3-6   6   7   8   9   10 ואילך
U	מסלול לחיים צבירה	0% קבוע	2%	0-3   3-6   6   7   8   9   10 ואילך

מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד

ש"ח לא כולל צבירה  ש"ח כולל צבירה

סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

**טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה**

מס' סידורי	סכום חודשי בשקלים	לתקופה (בשנים)
1		
2		
3		
4		
5		

**ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות**

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
פיצוי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____		פיצוי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____	
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829)	<input type="radio"/> תקופת המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6
<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	
<p><b>הרחבות לאובדן כושר עבודה</b> בא לסמן קוד אחד בלבד</p> <p><b>הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה</b> <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)</p> <p><b>הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה</b> <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)</p> <p><input type="radio"/> פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) <input type="radio"/> שכר החודשי _____</p>			

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד	<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) ש"ח
הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח	

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

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____		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 שם הקרן _____ החל מתאריך _____		<input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות _____ ש"ח שם הקרן _____ החל מתאריך _____	
פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____		פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* ש"ח לחודש _____	
<b>(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)</b>		<b>(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)</b>	
<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)
הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת			

\*במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד	<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) ש"ח
הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח	

**הערה**

**בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -**

**מעל - בנוסף לתקציב** - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.

**מתוך התקציב** - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותירכש ע"י החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.

אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, ירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה. במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחדל מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח ראשי*			
סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
ריסק משתנה מידי שנה (511)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
מוות מתאונה (909)			ש"ח
נכות מתאונה (52)			ש"ח
מרפא פולטינה (523) <input type="radio"/> זהב (522) <input type="radio"/> כסף (521) <input type="radio"/> ארד (520) <input type="radio"/>		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
נכות מקצועית (58)			ש"ח
נכות רגילה (57)			ש"ח
השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			
<p>גשר - שחרור מבפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (68) (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)</p>			<p>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 אתם עומד לעזוב את מקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח השני*			
סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
ריסק משתנה מידי שנה (512)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
ריסק משתנה מידי 5 שנים (405)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
מוות מתאונה (909)			ש"ח
נכות מתאונה (52)			ש"ח
מרפא פולטינה (533) <input type="radio"/> זהב (532) <input type="radio"/> כסף (531) <input type="radio"/> ארד (530) <input type="radio"/>		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (347)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
נכות מקצועית (58)			ש"ח
נכות רגילה (57)			ש"ח
השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			

ביטוחים נוספים לילדים*			
סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
נכות מתאונה (152)			ש"ח
מרפא לילדים (834)		מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) <input type="radio"/>	ש"ח
השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			

← תשלום באמצעות כרטיס אשראי

תקף הכרטיס										מס' כרטיס האשראי									
חתימת בעל הכרטיס					מס' זהות					שם בעל הכרטיס									

← הרשאה לחיוב חשבון

מס' החשבון בבנק										בנק					סניף					לכבוד									
קוד בנק					קוד סניף					סוג החשבון					מס' החשבון בבנק					בנק					סניף				
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)										611 קוד מוסד					כתובת הסניף														
מס' ת.ד. / ח.פ.										שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק										אב/ו הח"מ					1.				
מיקוד					עיר					מספר					רחוב					כתובת									
<p>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>2. ידוע לי/לנו 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>3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח 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 לביצוען.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p><b>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</b></p>																													
חתימת בעל החשבון										תאריך																			

← אישור הבנק

מס' החשבון בבנק										בנק					סניף					לכבוד				
קוד בנק					קוד סניף					סוג החשבון					מס' החשבון בבנק					הפניקס חברה לביטוח בע"מ				
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)										611 קוד מוסד					ת.ד. 2533 תל-אביב 61253									
<p>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 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>																								
חתימה וחומת הבנק					מספר הסניף					שם הבנק					תאריך									

הצהרות

שם מבוסט ראשי	ת.ז.	שם מבוסט שני	ת.ז.
<p>1. אני/ו החתומים מטה, המבוסט ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים 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 מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p> <p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם 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/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p> <p>4. אני הח"מ המבוסט, נותן/ת בזה רשות 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 מרופאים 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 עצובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני

על פי צו איסור הלבנת הון התשי"ב - 2001

<p>במקרה של תשלום שנתי העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ המבוסט הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת ומבוסט (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עברה פלילית.</p>			
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	

**לתשומת לבך,**  
**מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה.**  
**הערה זו מתייחסת לפעולות הבאות: פדיון מלא או חלקי, שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי השקעה**

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוסט

<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 החתומים/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>			
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני

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	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוסט את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחומתת הסוכן

**הצהרת בריאות** באם יש ברשותך מידע או פירוט נוסף מעבר לשאלון שלהלן (לרבות שאלוני המשך) הנך נדרש לצרף את הפירוט בדף נפרד.

הנבי מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן		מבוטח ראשי : גובה		משקל		מבוטח שני : גובה		משקל	
1. מבוטח ראשי : גובה		מבוטח ראשי : גובה		מבוטח ראשי : גובה		מבוטח ראשי : גובה		מבוטח ראשי : גובה	
<b>לנשים:</b> האם הינך בהריון?									
האם חל שינוי <b>לא רצוני</b> של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?									
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיגות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית									
מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל	
מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?									
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?									
מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה	
מבוטח שני: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?									
מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי	
מבוטח שני: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?									
האם הינך צורך משקאות חריפים?									
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות									
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות									
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?									
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום	
מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום	
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפזת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.									
א. <b>מחלות לב וכלי דם:</b> הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר?									
האם הושלל בנוסף קוצב לב או סטנט?									
ב. <b>מחלות ממאירות וגיידול סרטני?</b>									
ג. <b>מחלות כליות, מין ודרכי השתן:</b> אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?									
ד. <b>מחלות עור:</b> פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר?									
ה. <b>מחלות הילוף חומרים:</b> סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות									
ו. <b>מחלות דרכי העיכול:</b> מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?									
ז. <b>מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?</b>									
ח. <b>מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:</b> אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?									
ט. <b>מחלות מערכת החושים:</b> עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?									
מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	
מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	
י. <b>מחלות מערכת הדם / החיסון:</b> אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?									

**חתימת המבוטחים**

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח השני

עבור לוף הבא

← הצהרת הבריאות (המשך)

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <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?
		מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה
		מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרך תוצאות הבדיקות.
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?

← 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	2. גב ועמוד השדרה	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	4. דרכי הנשימה	5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול	7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	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/אפוטרופוס	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
שם הילד (1)	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
שם הילד (2)	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה

## בכל מקרה של תשובה חיובית יש לפרט למטה ו/או בדף נוסף ולצרף 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"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2. האם הילד אושפז לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3. האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים או משפחה?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
4. האם בוצע ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5. האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6. האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.1 בעיות בהתפתחות הילד?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.2 ליקויים ו/או מחלות של מערכת השלד והשרירים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.3 מחלות לב ו/או כלי דם?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.4 ליקויים ו/או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.5 ליקויים ו/או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.6 ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים, החושים, בעיות נוירולוגיות, בעיות אוזניים, עיניים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.7 ליקויים ו/או מחלות של מערכת ההפרשה הפנימית, בעיות בחילוף חומרים, סוכרת, מחלת כבד?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.8 מחלות ובעיות עור?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.9 מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.10 ליקויים או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.11 האם יש או היו לילד הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
<b>לילדים עד גיל חצי שנה :</b>		
7. יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים או דו"ח (דו"ח אפגור) 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"/> כן <input type="radio"/> לא	
7.4 מה הייתה דרגת אפגור אחרי 5 דקות? _____		

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/צניעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	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/אפוטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוטרופוס על פי חוק הכשרות והאפוטרופוסות תשכ"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 ביוזעין 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 בזה 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 גוף 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 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 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 תמיכה קבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר או בהווה ו/או שתהיינה בעתיד והנני משחרר/אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עמובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים במבקש ולסוכן הביטוח המטפל בפוליסה.

## חתימת ההורה/אפוטרופוס

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

באם יש בידך פרט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן			
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	גובה
			משקל
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלו במהלך 12 החודשים האחרונים?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	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.
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	אם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם יש או הייתה נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם נטל בעבר או נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם עבר ניתוח בעבר, או מועמד לניתוח, או יעצו לו לעבור ניתוח בעתיד?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	אם כן - ציין: שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם משתמש או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם צורך משקאות חריפים?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כוסיות _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם מעשן או עישן בעבר?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	אם כן, ציין שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	שם הילד _____ מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	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.
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתי, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבоза, יתר לחץ דם, אחר)?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	האם הושטל בגופו קוצב לב או סטנט?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	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?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גחז, ציסטות, אחר?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר?
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?

חתימת ההורה/אפוטרופוס

תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

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, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמימה אחרות. אם הינו מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאפטרויות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____</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>י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? 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, שיתקים, 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 הינך 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>			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>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 והאפוטרופסות 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"/>

# שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

על פי סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2004/10

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

## פוליסות ביטוח חיים

האם בידך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:		
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח חיים הקיימות שבידך:		
יבטלו	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
יפדו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
יסולקו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:		
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:		
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

## פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסוי בריאות)

האם בידך פוליסות בריאות שבתוקף?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:		
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):		
1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
תסולקנה באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
תסתיימנה בכל דרך אחרת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:		
בכיסויים הביטוחיים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
בסכומי הביטוח או בפרמיה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

## חתימות

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו-2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

שם המבוטח	מס' ת.ז.	טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך	חתימת המבוטח		

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:

שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן
תאריך	חתימת/חותמת הסוכנות	