

הצעה לביטוח בריאות | סיעוד

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

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

ביטוח בריאות ביטוח סיעוד

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה <input type="radio"/> מבוטח <input type="radio"/> אחר (בא למלא את הפרטים בטבלה)	
שם בעל הפוליסה	ת.ז.
תאריך לידה	טלפון
כתובת	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
אלמן <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> ילדים _____	מצב משפחתי
אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> אופן התשלום <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	

פרטי המבוטח השני	
שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	תאריך לידה
מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים _____	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסיני	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	תאריך לידה
מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים _____	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסיני	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

הבני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי 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

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

פרטי הילדים

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

מינוי מוטבים - למבוטח השני

שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	במות המבוטח
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	לביטוח מרפא
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	במות המבוטח
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	לביטוח מרפא
שם	ת.ז.	קירבה	חלקים	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ויזה ישראלכרט דיינרס אמריקן אקספרס אחר

תוקף הכרטיס		מס' כרטיס האשראי	
<input checked="" type="checkbox"/>			
שם בעל הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל הכרטיס	

הרשאה לחיוב חשבון

מס' החשבון בבנק		בנק	
קוד בנק	קוד סניף	סניף	
מס' החשבון בחברה		כתובת הסניף	
611			
קוד מוסד			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
מס' ת.ד. / ח.פ.		שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	
מיקוד		רחוב	
עיר		מספר	
<p>1. אב"ו הח"מ</p> <p>2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>3. ידוע לילנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>4. ידוע לילנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ילנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>5. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>7. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>8. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>			
<p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת בעל החשבון	
		תאריך	

אישור הבנק

מס' החשבון בבנק		מס' החשבון בחברה	
קוד בנק	קוד סניף	סונ החשבון	
611			
קוד מוסד			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
<p>לכבוד הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/כם 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 בהתייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>		חתימה וחומת הבנק	
		מספר הסניף	
		שם הבנק	
		תאריך	

תוכניות ביטוח יסודיות

- (1724+1597) קו כסף - פרק א' ניתוחים - פרמיה משתנה עד גיל 65 ומתקבעת בגיל 66
- (1735+1597) משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה בנושא)
- (1725+1597) קו מהיר (1723+1597) השתלות (1726) בריאות על בטוח

חבילת קו כסף עולמי - פרק א + השתלות + עולמי + תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

- חבילת קו כסף עולמי (327 + 1744 + 324 + 1722 + 1731 + 1597) 22-34 קו כסף לצעירים גילאים
- קו כסף עולמי גילאי 0-21 (329 + 327 + 324 + 1722 + 1744 + 1729) קו כסף 66+ (327 + 1744 + 324 + 1722 + 1730)

חבילת קו כסף משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה בנושא)

- (1744 + 327 + 324 + 1722 + 1736 + 1735 + 1597) חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן
- (329 + 1744 + 327 + 324 + 1722 + 1736 + 1737) חבילת קו כסף משלים שב"ן לילדים + ברות ביטוח משלים שב"ן
- (1744 + 327 + 324 + 1722 + 1736 + 1738 + 1597) חבילת קו כסף משלים שב"ן לצעירים + ברות ביטוח משלים שב"ן
- (1744 + 327 + 324 + 1722 + 1736 + 1739) חבילת קו כסף משלים שב"ן לגילאי 66+ + ברות ביטוח משלים שב"ן

חבילת קו מהיר מורחב

(1744 + 1732 + 1716 + 566 + 1597 + 1725) קו מהיר לבריאות (פיצוי + שיפוי) כולל השתלות, עולמי מהיר וכיסוי תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה לחבילות קו כסף וקו מהיר מורחב בלבד

- (980) טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו כסף) (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב'). (449) פרק ב' גיל 66+
- (185) קו הספורט (לילדים עד גיל 21) (329) בריאות כמו גדול (332) קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית אחר

חבילת השתלות ועוד + סל הזהב

- (1744 + 1723 + 1597) השתלות + כיסוי לתרופות שלא כלולות בסל הבריאות (1719 + 1744 + 1723 + 1597) השתלות + כיסוי לתרופות שלא כלולות בסל הבריאות + כיסוי לניתוחים בחו"ל

חבילת קו משלים לבריאות - פיצוי משלים לניתוחים + השתלות + סל הזהב

- (1744 + 1716 + 1727 + 1597) ראשי גבר (1744 + 1716 + 1704) משני גבר
- (1744 + 1716 + 1714) ראשי אשה (1744 + 1716 + 1702) משני גבר
- (1744 + 1716 + 1713) ילד (1744 + 1716 + 1714) ילדה

חבילת משלים למחלים

סכום פיצוי יומי - (מינימום 100 ש"ח, מקסימום 1,000 ש"ח)

מבוטח	(1733+1597) - פיצוי לימי אישפוז חירום	(1005) - פיצוי לימי אישפוז חירום	(1006) - פיצוי לאשפוז אלקטיבי	(1007) - פיצוי לימי החלמה
ראשי	ש"ח		ש"ח	ש"ח
משני		ש"ח	ש"ח	ש"ח
ילדים		ש"ח	ש"ח	ש"ח

ריידרים וכתבי שירות הניתנים לרכישה

ריידרים		כתבי שירות
<input type="radio"/> (1744) סל הזהב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות <input type="radio"/> (514) בריאות על בטוח + הרחבה ל-1726 <input type="radio"/> (1716) השתלות ועוד <input type="radio"/> (1718) בריא ושלם - אביזרים ושתיים <input type="radio"/> (334) קו הבריאות +10 <input type="radio"/> (1005) פיצוי לימי אישפוז חירום - סכום פיצוי יומי ש"ח		<input type="radio"/> (287) כתב שירות רופא עד הבית <input type="radio"/> (342) כתב שירות רפואה משלימה אצל ספק <input type="radio"/> (331) כתב שירות - יעוץ פסיכולוגי <input type="radio"/> (1008) כתב שירות - סל שרתים
מבוטח ראשי	מבוטח משני	מבוטח משני
מרפא ארד <input type="radio"/> (539)	ש"ח <input type="radio"/> (603)	ש"ח
מרפא כסף <input type="radio"/> (540)	ש"ח <input type="radio"/> (604)	ש"ח
מרפא זהב <input type="radio"/> (541)	ש"ח <input type="radio"/> (605)	ש"ח
מרפא פלטינה <input type="radio"/> (542)	ש"ח <input type="radio"/> (606)	ש"ח
מרפא ילדים <input type="radio"/> (834)	ש"ח	ש"ח

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות בפוליסה עצמאית

סוג	ראשי	משני
	סכום פיצוי למחלות קשות	סכום פיצוי למחלות קשות
ארד	<input type="radio"/> (1194 + 539)	ש"ח <input type="radio"/> (603)
כסף	<input type="radio"/> (1194 + 540)	ש"ח <input type="radio"/> (604)
זהב	<input type="radio"/> (1194 + 541)	ש"ח <input type="radio"/> (605)
פלטינה	<input type="radio"/> (1194 + 542)	ש"ח <input type="radio"/> (606)
מרפא ילדים		ש"ח <input type="radio"/> (834)

← סיעודי 360 (פרמיה קבועה) - 30 יום המתנה

○ (1504) גובה פיצוי למבוטח ראשי ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1504) גובה פיצוי למבוטח שני ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1504) גובה פיצוי למבוטח ילד ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים

← סיעודי 360 (פרמיה קבועה) - תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים

ראשי ○ (1505) 36 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	○ (1506) 60 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)
משני ○ (1505) 36 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	○ (1506) 60 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)
ילד ○ (1505) 36 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	○ (1506) 60 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)

← עתיר כבוד פרמיה קבועה - 60 יום המתנה

○ (1537) גובה פיצוי למבוטח ראשי ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1537) גובה פיצוי למבוטח שני ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים

← חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח חדש

○ (1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים

← חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף בחברת הפניקס

○ (1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח ראשי בפרמיה קבועה ש"ח _____	מס' פוליסה _____
○ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
○ (1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח שני בפרמיה קבועה ש"ח _____	מס' פוליסה _____
○ (1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה ש"ח _____	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים

← עתיר כבוד משלים

ראשי: ○ (1538) 60 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)	○ (1539) 36 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)
שני: ○ (1538) 60 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)	○ (1539) 36 חודשי המתנה ש"ח _____ (מקסימום 20,000 ש"ח)

← סיעוד 360 - כיסוי למטופל סיעודי בבית ובמוסד

○ (1745) מבוטח ראשי ○ (1745) מבוטח שני ○ (1746) ילד (עד גיל 20)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ○ 60 חודשים ○ 96 חודשים ○ כל החיים
---	--

כיסויים נוספים הניתנים לרכישה

← כיסוי בריאות - בהוספת הכיסויים הבאים יש להוסיף פסקאות 578 ו- 579

סוג הכיסוי	מבוטח ראשי ○	מבוטח שני ○
○ (1716) השתלות ועוד	○	○
○ (1744) סל הזהב	○	○
○ (1718) בריא ושלם	○	○
○ (287) כתב שירות רופא עד הבית	○	○

רכישת ביטוחים במסגרת ביטוח חיים (בפוליסה עצמאית נפרדת)

מבוטח ראשי	מבוטח משני	ילד
○ (510) ש"ח	○ (512) ש"ח	
○ (403) ש"ח	○ (405) ש"ח	
○ (909) ש"ח	○ (909) ש"ח	
○ (52) ש"ח	○ (52) ש"ח	○ (152) ש"ח

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

הנבי מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן		מבוסס ראשי : גובה		משקל		מבוסס שני : גובה		משקל			
1. מבוסס ראשי : גובה		מבוסס ראשי : גובה		מבוסס ראשי : גובה		מבוסס ראשי : גובה		מבוסס ראשי : גובה			
<p>לנשים: האם הינך בהריון?</p> <p>האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 21 החודשים האחרונים?</p>											
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות ו/או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל			
3. האם יש ו/או הייתה לך נכות קבועה ו/או זמנית, מום מולד, פגיעה ו/או מוגבלות גופנית כל שהיא?		האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא ו/או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?		מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %		ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות		מבוסס שני: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %			
4. האם נטלת בעבר ו/או הינך נוטל תרופות ו/או מקבל טיפול רפואי?		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה			
5. האם עברת ניתוח בעבר, ו/או הינך מועמד לניתוח, ו/או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?		מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי			
6. האם הינך משתמש ו/או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?		מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות			
7. האם אתה מעשן ו/או עישנת בעבר?		מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום			
8. האם היית ו/או הינך חולה, ו/או היו לך סימנים ו/או הפרעות, ו/או היית בטיפול, בהשגחה ו/או במעקב ו/או אושפזת, בקשר למחלות הבאות:		א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים ו/או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר?		ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני?		ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?		ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?		ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות	
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?		ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?		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?		ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?		מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____		מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____	
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, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?		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?					

← הצהרת הבריאות (המשך)

9. האם עברת בדיקות ו/או הינך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן ו/או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, ו/או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?		כן	לא
מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה		תאריך	אבחנה
מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה		תאריך	אבחנה
10. האם יש ו/או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?			
כן	לא	כן	לא
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?			
כן	לא	כן	לא
הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי			
1. האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בנדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?			
כן	לא	כן	לא
2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?			
כן	לא	כן	לא
3. האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?			
כן	לא	כן	לא
4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מוסד אחר?			
כן	לא	כן	לא
5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, ו/או באמר לך שהינך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?			
כן	לא	כן	לא

← 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')
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')

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

← רשימת שאלוני המשך

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

← חתימת המבוטחים

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

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

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

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

עבור לדרך הבא

1. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. 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?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות. אם הינו מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטיות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: טרשת נפוצה, שיתוקים, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8. האם עברת בדיקות ו/או היך ממתין לבדיקות (מלבד לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן ו/או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, ו/או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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 _____			
9. האם יש ו/או היו לו הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
10. האם ילדך חש בריא והיה בריא ב- 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי

1. האם הינו מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. האם קיימת אצלו בעיה של שליטה על הסוגרים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. האם היך נעדר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מוסד אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, ו/או אמר לו שהינו צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	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	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
----------	-------------------	--------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

הצהרת ההורה/האפוטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוטרופוס על פי חוק הכשרות והאפוטרופוסות תשכ"ב ב- 1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות ו/או לא מלאות ביודעין ו/או לא בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים 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".

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נתן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים למוסד 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 להלן ביחד "המבטח", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבטח", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

חתימת ההורה/האפוטרופוס

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

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

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

נא לענות על השאלות הבאות:	ילד 1	ילד 2
1 האם התגלו ו/או נוצר חשש לאחר הלידה ו/או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים ו/או נכות?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2 האם הילד אושפד לאחר השחרור מבית החולים ו/או עבר ניתוח כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3 האם יש ו/או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים ו/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 ו/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 ו/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

לילדים עד גיל חצי שנה :

7. יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים ו/או דו"ח (דו"ח אפגר) על הלידה וממצאיה. אם הדו"ח אינו בידי ההורים, ו/או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:

7.1 באיזה שבוע הייתה הלידה?

7.2 אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?

7.3 האם הומלץ בשחרור על מעקב מיוחד?

7.4 מה הייתה דרגת אפגר אחרי 5 דקות? _____

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	2. גב ועמוד השדרה	3. פרקים / 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
----------	-------------------	--------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

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/האפוסטרפוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוסטרפוס על פי חוק הכשרות והאפוסטרופוסות תשכ"ב ב-1962 כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע כי תשובות כוזבות ו/או לא מלאות ביודעין ו/או לא בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים 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 תנאי הקבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר או בהווה ו/או שתהיינה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים במבקש ולסוכן הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/האפוסטרפוס

תאריך	ההורה/האפוסטרפוס	ת.ז.	חתימה
-------	------------------	------	-------

← ביטוח סיעודי עם תקופת המתנה ארוכה

פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 חודשים או 60 חודשים משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח או לקבוצות או לקולקטיבים או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסות הסיעוד בצמידות לפוליסות הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח או בקבוצה או בקולקטיב או בפוליסה פרטית (3 שנים או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 שנים או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי.

לתשומת לבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד 36 או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעודי שבמסגרת קופת חולים או קבוצה או קולקטיב או פוליסת סיעוד פרטית.

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופת חולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מן השב"ן
קופת חולים	<input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> מכבי <input type="radio"/> מאוחדת <input type="radio"/> לאומית	הגוף המבטח	
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב	הגוף המבטח	
פוליסה סיעוד פרטית*	הגוף המבטח		

* בא לצרף העתק מתאני הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים קבוצה או קולקטיב פוליסה סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

← הצהרת הסוכן

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 או 60 חודשים מותנית בהיותו מבוטח בביטוח הסיעודי המצורף לקופות החולים או לקבוצה או לקולקטיב או לפוליסה פרטית. כמו כן הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת עתיר כבוד כולל תקופת המתנה בת ה-36 או 60 חודשים ובהם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

על פי מה שנמסר לי אישית על ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת קופת חולים, קבוצה או קולקטיב, פוליסה פרטית מחאימה.

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

← המדריך לקונה הסיעודי

הריני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את המדריך לקונה ביטוח סיעודי.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

משלים שב"ן - גילוי נאות

- א. הכיסוי בגין ביתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ביתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ביתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ביתוח, 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. למבוטחים 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 הביטול 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 חותמת/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופס/ית טבעית/ת.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרת / ויתור על סודיות רפואית

1. אני/ החתומים/ מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח 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 ניתבות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"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, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה 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.
2. אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או בעיות.
3. אני הח"מ המבוטח, נותנת/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם 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 עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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 החתומים/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוח/שלוחו 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשרת/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדושת 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 ונכונות.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור סוכן

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

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות 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 בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסויי בריאות)

האם בדיך פוליסות בריאות שבתוקף? במקרה שהתשובה היא כן:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
1. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>		חתימת המבוטח

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:

שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימה / חותמת הסוכנות <input checked="" type="checkbox"/>	