

הצעה לביטוח "מסלול לחיים" - תגמולים לעצמאיים

(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 ו/או המועמד לביטוח בקרן פנסיה בניהול הפניקס פנסיה וגמל בע"מ פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח ו/או לתכנית פנסיה ו/או לקופת גמל 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 המבוטח השני		פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
מין	מין	מין	מין
מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי
הרופא המטפל	הרופא המטפל	הרופא המטפל	הרופא המטפל
קופת חולים	קופת חולים	קופת חולים	קופת חולים
כתובת הסניף	כתובת הסניף	כתובת הסניף	כתובת הסניף
מקצוע	מקצוע	מקצוע	מקצוע
עיסוק	עיסוק	עיסוק	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. בא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	הנני 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. בא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך?	<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

פרטי הילדים		לאורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן "קרן הפנסיה" יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21.										
1	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
2	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
3	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
4	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה
	שם הילד	ת.ז.								זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה

מינוי מוטבים למבוטח ראשי											
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים					
למקרה מוות				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
למקרה חיים				ב / ז							
				ב / ז							

מינוי מוטבים למבוטח השני											
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים					
למקרה מוות				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
				ב / ז							
למקרה חיים				ב / ז							
				ב / ז							

<input checked="" type="checkbox"/> תגמולים לעצמאים	ש"ח*	0	1	2	0
תכנית הביטוח	תשלום תקופתי	תאריך התחלת הביטוח			
שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/>	אופן התשלום	<input type="radio"/> הודעת תשלום	<input type="radio"/> כרטיס אשראי	<input type="radio"/> הוראת קבע	אופן הגבייה

* בפרמיה שנתית גבוהה מ-20,000 ש"ח יש למלא טופס נפרד.

מסלול השקעות	<input type="radio"/> כלל 1 (14)	%
--------------	----------------------------------	---

מסלול אחר	<input type="radio"/> אג"ח צמודי מדד (10)	%	<input type="radio"/> אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח) (15)	%
	<input type="radio"/> אג"ח 1 - (לפחות 60% אג"ח) (11)	%	<input type="radio"/> מנייתי 1 - (לפחות 50% מניות) (12)	%

חלוקת התשלום התקופתי פוליסת מסלול לחיים יש לסמן את התשלום המבוקש													
סך לתוכנית משלמת קצבה ש"ח		שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר	להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס								
		<input type="radio"/> K מסלול שירות <input type="radio"/> L מסלול צבירה <input type="radio"/> M מסלול משולב פלוס	7% קבוע	1.40%	שנה	0-3	3-6	6	7	8	9	10 ואילך	
					דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%	
					יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה	9% יורד	1.20%	לתשומת לבכם! יש למלא טפסי הצטרפות בנפרד					
			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה										
			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה										
			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקופת גמל										
			יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן השתלמות										

תום תקופת הפוליסה

תום תקופת כל הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך ההפרשות ותום תקופת ביטוח למרכיב החיסכון תהיה - גיל 67.
 אם ברצונך גיל סיום אחר לכיסויים הביטוחיים ולמרכיב החיסכון - בא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה

ש"ח לא כולל צבירה | ש"ח כולל צבירה
 סכום ביטוח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה

מס' סידורי	מלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז משכר או בשקלים	
	סכום חודשי בשקלים	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

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

טבלה א' - כיסויים נוספים שירכשו מתוך התקציב

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה (511)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

שכר החודשי

פיצוי חודשי לגיל 60-67*

ש"ח לחודש שחרור בלבד

בפרמיה: קבועה (826, 827) משתנה מדי שנה (828, 829)

תקופת המתנה בחודשים 3 6

האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? לא כן, גובה הפיצוי ש"ח _____

הרחבות לאובדן כושר עבודה - בא לסמן קוד אחד בלבד

הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (4) הרחבה משופרת (6) הרחבה מושלמת (8)

הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (3) הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (7)

פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים * 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)
הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך	ש"ח _____

◀ "עד שתוכלי" - 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 _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ 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 _____ <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 _____
<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)
<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת	במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד
	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"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.
 אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, יירכש הכסוי מתוך הפרשות 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
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה (511)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> מוות ומתאונה (909)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות ומתאונה (52)			ש"ח _____
<input type="radio"/> מרפא <input type="radio"/> פלטינה (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)	ש"ח _____
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות רגילה (57)			ש"ח _____
<input type="radio"/> השתלות ועוד (1716)			ש"ח _____

◀ ביטוחים נוספים למבוטח השני*

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי שנה (512)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (405)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> מוות ומתאונה (909)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות ומתאונה (52)			ש"ח _____
<input type="radio"/> מרפא <input type="radio"/> פלטינה (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)	ש"ח _____
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (347)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות רגילה (57)			ש"ח _____
<input type="radio"/> השתלות ועוד (1716)			ש"ח _____

◀ ביטוחים נוספים לילדים*

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

* בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות, ובמידה וחרגה מהתקציב המותר - יוקטן סכום הכיסוי על פי תנאי הפוליסה.

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבוטח ראשי		שם מבוטח שני		ת.ז.		ת.ז.	
<p>1. אני/ו החתומים מטה, המועמדים לביטוח בפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה/ים ומבקש/ים 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 המפורטות 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. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p> <p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החדשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החדשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע 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 המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לנופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>							
תאריך		חתימת המבוטח הראשי		חתימת המבוטח השני			

על פי צו איסור הלבנת הון התשס"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 המבוטח הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין הנחה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת ומבוטח (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 המבוטח הראשי		חתימת המבוטח השני			

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, העברת כספים בין קופות גמל, שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי השקעה

מינוי סוכן כשלוח המבוטח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך 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 המבוטח הראשי		חתימת המבוטח 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 המבוטח הראשי		חתימת המבוטח השני			

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייצוג פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>							
תאריך		שם הסוכן		מס' רשיון הסוכן		חתימה וחומתת הסוכן	

← הצהרת הבריאות (המשך)

כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <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?
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <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
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרך תוצאות הבדיקות.
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <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	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

<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

הצהרת בריאות לילדים עד גיל 5

שם ההורה/ אפוסטרטפוס	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.

1	האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2	האם הילד אושפד לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3	האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים או משפחה?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4	האם בוצע ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5	האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6	האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.1	בעיות בהתפתחות הילד?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.2	ליקויים ו/או מחלות של מערכת השלד והשרירים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.3	מחלות לב ו/או כלי דם?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.4	ליקויים ו/או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.5	ליקויים ו/או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.6	ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים, החושים, בעיות מירולוגיות, בעיות אוזניים, עיניים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.7	ליקויים ו/או מחלות של מערכת ההפרשה הפנימית, בעיות בחילוף חומרים, סוכרת, מחלת כבד?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.8	מחלות ובעיות עור?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.9	מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.10	ליקויים או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.11	האם יש או היו לילד הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ילידים עד גיל חצי שנה :			
7	יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים או דו"ח (דו"ח אפגר) 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?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
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 והאפוסטרפוסות תשכ"ב ב-1962 כי תשובותי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין 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 בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמת. 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 בה 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 ולסוכם הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/אפוסטרפוס

תאריך	שם ההורה/אפוסטרפוס	ת.ז.	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------------	------	---

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

← באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.			
הנני מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן			
שם ילד 3	שם ילד 2	שם ילד 1	
			גובה
			משקל
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלו במהלך 12 החודשים האחרונים?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
2. האם היו במשפחתו (הורים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיובות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית.			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____			
3. האם יש או הייתה נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
4. האם נטל בעבר או נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מימון _____			
שם הילד _____ תרופה _____ מימון _____			
שם הילד _____ תרופה _____ מימון _____			
5. האם עבר ניתוח בעבר, או מועמד לניתוח, או יעצו לו לעבור ניתוח בעתיד?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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 או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
האם צורך משקאות חריפים?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות			
שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות			
7. האם מעשן או עישן בעבר?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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 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.			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה, יתר לחץ דם, אחר)?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
האם הושטל בגופו קוצב לב או סטנט?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
ה. מחלות הילוף חומרים: סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
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?			

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

עבור לדף הבא

← הצהרת בריאות לילדים מגיל 5 עד 18 - המשך

ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה 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"/>
אם הינו מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____					
י. 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"/>
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, 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"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: טרשת נפוצה, שיתוקים, אפילפסיה, סחרחורות, 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"/>
יג. האם עברת בדיקות או הינך ממתינ 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?			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 _____					
יד. האם יש או היו לך 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"/>
יה. 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"/>

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 פנסיה וגמל בע"מ (להלן "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

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