

הצעה לביטוח תגמולים לעצמאים

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 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 הראשי		פרטי המבוטח השני	
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
ת.ד.		ת.ד.	
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"/> ילדים	<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"/> ילדים
מין	מצב משפחתי	מין	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל	קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף		כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב	מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
<p>אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> נא סמן</p> <p>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.</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> נא סמן</p>			

<input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך ?	<input type="radio"/> כן, פרט
<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"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

פרטי הילדים		לצורך 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									
2	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									
4	שם הילד	ת.ז.										
	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	מין	תאריך לידה									

מינוי מוטבים למבוטח ראשי										
למקרה מוות	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים			
					ז / ב					
					ז / ב					
					ז / ב					
למקרה חיים	במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח הראשי בפוליסה.									
					ז / ב					

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

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

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

טעמי השקעה*	
טעמי ההשקעה בכפוף להכשר ההילכת**	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> (יש לסמן מסלול מבוקש)
טווח תקופת החסכון לצורך השקעה	עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)
מידת סיכון רצויה	1 <input type="radio"/> נמוך ביותר <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> בינוני נמוך <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> בינוני <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> בינוני גבוה <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> גבוה
מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל	_____ % (טעמי ההשקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

* במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לברירת המחדל כפי שתוגדר ותתעדכן בחברה מעת לעת ע"י ועדת 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.

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

חלוקת התשלום התקופתי פוליסת מסלול לחיים יש לסמן את התשלום המבוקש											
סך לתוכנית משלמת קצבה	שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר	להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס							
	K <input type="radio"/> מסלול שירות	7% קבוע	1.40%	שנה	0-3	3-6	6	7	8	9	10 ואילך
ש"ח	L <input type="radio"/> מסלול צבירה	0% קבוע	2%	דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%
	M <input type="radio"/> מסלול משולב פלוס	9% יורד	1.20%								
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה	יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה										
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה כללית	יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן הפנסיה										
<input type="radio"/> קופת גמל	יש למלא טופס הצטרפות עמית לקופת גמל										
<input type="radio"/> קרן השתלמות לעצמאי	יש למלא טופס הצטרפות עמית לקרן השתלמות										

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

מינוי מוטבים, טעמי השקעה, חלוקת התשלום התקופתי

300101053

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

<input type="radio"/> ש"ח לא כולל צבירה	<input type="radio"/> ש"ח כולל צבירה
<input type="radio"/> סכום ביטוח 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		
6		
7		
8		
9		
10		

סכום הביטוח אשר יירכש 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

<input type="radio"/> שכר החודשי	<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל 60-67*
<input type="radio"/> ש"ח לחודש	<input type="radio"/> שחרור בלבד
בפרמיה: <input type="radio"/> קבועה (826, 827) <input type="radio"/> משתנה מדי שנה (828, 829)	<input type="radio"/> תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6
<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	
הרחבות לאובדן כושר עבודה - בא לסמן קוד אחד בלבד	
<input type="radio"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה	<input type="radio"/> הרחבה רגילה (4)
<input type="radio"/> הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה	<input type="radio"/> הרחבה רגילה (3)
<input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)	<input type="radio"/> הרחבה משופרת (6)
<input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	<input type="radio"/> הרחבה משופרת (5)
<input type="radio"/> פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) * במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.	

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

”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 _____ <input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)	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)
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 ותיכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.
 אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, ירכש 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 מתאונה (909)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)			ש"ח _____
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 _____

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 מתאונה (909)			ש"ח _____
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)			ש"ח _____
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 _____

ביטוחים נוספים לילדים*

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
<input type="radio"/> נכות מתאונה (52)			ש"ח _____
<input type="radio"/> מרפא לילדים (834)		<input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1)	ש"ח _____

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

← **תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

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

← **הרשאה לחיוב חשבון**

מס' החשבון בבנק										מס' החשבון										קוד סניף										קוד בנק																			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)										611 קוד מוסד										כתובת הסניף										בנק										סניף									
מס' ת.ד. / ח.פ.										שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק										אני/ו הח"מ										כתובת																			
מיקוד					עיר					מספר					רחוב																																		
<p>1. נותן/ים לכם מזה 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>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-ידינו 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/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו 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/ני/ו 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>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליטות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>																																																	
חתימת בעל החשבון										תאריך																																							

← **אישור הבנק**

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

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבוסט ראשי	ת.ד.	שם מבוסט שני	ת.ד.
<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 גמל 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. ידוע לי/נו שחוזה 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 החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוסט 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, תיחן 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 שירותי/מו/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 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 מצבני 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>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט 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

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

מינוי סוכן כשלוח 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, 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>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	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>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוסט הראשי	חתימת המבוסט השני	

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבוסט 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>			
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	חתימה וחומת הסוכן		

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן

מבוסס ראשי	מבוסס שני	משקל	מבוסס שני : גובה	משקל	מבוסס ראשי : גובה
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>				
לנשים: האם הינך בהריון?					
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות 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"/>	מחלה או סיבת מוות	מחלה או סיבת מוות	קירבה	מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מחלה או סיבת מוות	מחלה או סיבת מוות	קירבה	מבוסס 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?					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מינון	תרופה	מינון	מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מינון	תרופה	מינון	מבוסס שני: כן - ציין תרופה
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סיבת האשפוז / הניתוח	משך האשפוז	מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סיבת האשפוז / הניתוח	משך האשפוז	מבוסס שני: אם כן - ציין מתי	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	האם הינך צורך משקאות חריפים?			
מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות					
מבוסס שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות					
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	משך העישון בשנים	מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	משך העישון בשנים	מבוסס 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 אושפדת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבоза), יתר לחץ דם, אחר?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	ב. מחלות ממאירות וגידול 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, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פרוין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, 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, זחזח, ציסטות, אחר?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות?			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שמאל	ימין	מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שמאל	ימין	מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?			

חתימת המבוססים

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

עבור לדרך הבא

← 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 בכושר 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

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

שם ההורה / אפוסטרטופוס	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 ולצרף 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 נוירולוגיות, 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?
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	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

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/האפוסטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוסטרופוס 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 או לא מלאות בידועין או לא כבווננה 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 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 לקפ"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 שתהינה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מספיקים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הבי"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לבי"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הבכללים במבקש ולסוכן הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/אפוסטרופוס

תאריך	שם ההורה/אפוסטרופוס	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
1. 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 בזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת, 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, רפלקס, 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 _____ 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, 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"/>
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"/>
9. 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 _____					
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"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. 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			