

**הצעה לביטוח חיים – ביטוח למקרה מוות עד שני מליון ש"ח (הצטרפות עד גיל 55)**

**המועד המבוקש להתחלת הביטוח\***

\* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין מועד קבלת ההצעה בחברה, או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל.  
 הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

פרטי סוכן/יועץ			
שם פרטי/יועץ	מס' סוכן/יועץ	שם המנהל העיסקי	מס' הצעה

אני/ אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:  
**פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.**

פרטי בעל הפוליסה – חובה למלא אם המועמד לביטוח אינו בעל הפוליסה					
<input type="radio"/> מועמד לביטוח <input type="radio"/> אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.
דואר אלקטרוני		מיקוד	דואר אלקטרוני		

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

פרטי המועמד הראשון לביטוח			פרטי המועמד השני לביטוח		
שם משפחה	שם פרטי	מין	שם משפחה	שם פרטי	מין
ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני	טלפון	נייד	דואר אלקטרוני
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
--------------	-----	------	-----------	------	-------

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)		
הגני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

הסכמה לקבלת הדוח השנתי המקוצר באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון)		
הגני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת		
הגני מסכים כי המידע אודותיי יישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שהסכמה זו הינה רשות ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

סירוב להעברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר - "הר הביטוח"

אגף שוק ההון במשרד האוצר מקים אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

מועמד ראשון לביטוח  מועמד שני לביטוח

הנני מורה לכם שלא להעביר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לאגף שוק ההון במשרד האוצר.  
 ידוע לי כי לא תהיה לי אפשרות לראות באתר האוצר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברת "הפניקס".

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
האם יש לך תחביב או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס	האם יש לך תחביב או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, (יש למלא שאלון תחביבים)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, (יש למלא שאלון תחביבים)
האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס

זיקה בין המשלם למועמד / בעל הפוליסה (יש לצרף תצלום ת.ז של המשלם)

רשום את מהות הקשר בין המשלם למועמד/בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_

**הצהרת המשלם:** אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות אופן גביית התשלום התקופתי על ידי, ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המועמד וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

<input checked="" type="checkbox"/>	שם פרטי	שם משפחה	חתימת המשלם
תאריך			

אופן גביה ואמצעי תשלום

<input type="radio"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <sup>1</sup>	<input type="radio"/> חודשי	<input type="radio"/> 1 לחודש <input type="radio"/> 10 לחודש
<input type="radio"/> כרטיס אשראי	<input type="radio"/> חודשי	
אמצעי תשלום	אופן הגביה	יום גביה מבוקש <sup>1</sup>

1. לתשומת ליבך, יום הגביה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגביה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלוףי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

מינוי מוטבים - למועמד ראשון לביטוח\*

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		

מינוי מוטבים - למועמד שני לביטוח\*

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		

\* לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשי החוקיים של המבוטח.

**נספח ה': הרשאת שימוש פרטנית לשימוש באתר הר הביטוח**

מועמד ראשון		מועמד שני																																									
מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"		מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"																																									
1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז.: _____, מייפה כוחו/ה של חברת הביטוח/ סוכן הביטוח/ מנהל המכירות/ נציג מכירות _____ לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח. 2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה. 1 הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: <a href="https://harb.cma.gov.il">https://harb.cma.gov.il</a>		1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז.: _____, מייפה כוחו/ה של חברת הביטוח/ סוכן הביטוח/ מנהל המכירות/ נציג מכירות _____ לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח. 2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה. 1 הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: <a href="https://harb.cma.gov.il">https://harb.cma.gov.il</a>																																									
<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">חתימת המועמד הראשון לביטוח</td> <td colspan="5">תאריך</td> </tr> </table>		X										חתימת המועמד הראשון לביטוח					תאריך					<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">חתימת המועמד השני לביטוח</td> <td colspan="5">תאריך</td> </tr> </table>		X										חתימת המועמד השני לביטוח					תאריך				
X																																											
חתימת המועמד הראשון לביטוח					תאריך																																						
X																																											
חתימת המועמד השני לביטוח					תאריך																																						
<input type="radio"/> המועמד לביטוח סירב למתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח" אם לא ניתנה הרשאה לאתר "הר הביטוח" חובה לסמן אחת מהאפשרויות - המועמד לביטוח: <input type="radio"/> מסר מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי באתר. <input type="radio"/> מסר מידע אחר (דו"ח שנתי אחרון, מידע מהאזור האישי באתר האינטרנט של החברות המבטחות) אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו. <input type="radio"/> סרב למסור מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו.		<input type="radio"/> המועמד לביטוח סירב למתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח" אם לא ניתנה הרשאה לאתר "הר הביטוח" חובה לסמן אחת מהאפשרויות - המועמד לביטוח: <input type="radio"/> מסר מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי באתר. <input type="radio"/> מסר מידע אחר (דו"ח שנתי אחרון, מידע מהאזור האישי באתר האינטרנט של החברות המבטחות) אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו. <input type="radio"/> סרב למסור מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו.																																									
אני _____ החתום מטה (שם מלא), מספר רישיון סוכן ביטוח/ ת.ז. ח.פ. הגורם המשווק: _____, מתחייב: לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.																																											
<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">חתימת הסוכן/סוכנות</td> <td colspan="5">תאריך</td> </tr> </table>		X										חתימת הסוכן/סוכנות					תאריך																										
X																																											
חתימת הסוכן/סוכנות					תאריך																																						

**שאלון ביטוחים קיימים**

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכיך, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	שאלה																																									
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	1. האם יש ברשותך פוליסה/ ות ביטוח הכוללת/ ות סכומי ביטוח למקרה מוות ("ריסק") /או לביטוח מפני אובדן כושר עבודה בחברת "הפניקס" או בכל חברת ביטוח אחרת. ב. אם כן, אנא פרט: סכום ביטוח למקרה ("ריסק") סכום ביטוח לפיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה																																									
○ לא ○ כן	○ לא ○ כן	2. האם בכוונתך להקטין/ לבטל את סכומי הביטוח אם כן, שים לב כי על הסוכן לערוך לך השוואה בין הפוליסה/ ות הקיימת/ ות לבין הפוליסה המוצעת.																																									
אם ברצונך לבטל את הפוליסה/ ות הקיימת/ ות, עומדות בפניך שלוש אפשרות להגשת הבקשה לביטול: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח/ המשווק <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" <input type="radio"/> על ידך אם ברצונך לשלוח את הודעת הביטול באמצעות ה"פניקס": אנא צרף טופס "הודעת ביטול" ("נספח ג") עבור כל פוליסה אותה הנך מעוניין לבטל. יש להקפיד על מילוי הטופס לרבות ציון מספר פוליסה וחתימה, אחרת לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. שים לב! "הודעת ביטול" ("נספח ג") תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת "הפניקס" בהתאם לטופס הצעה זה. לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, ימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל "הפניקס" לבריר הנושא. אם ברשותך פוליסה דומה, ואינך מתכוון להקטין/ לבטל, אנא אשר כי ידוע לך: פוליסה זו נרכשת על ידי בנוסף לפוליסה קיימת בעלת כיוסו דומה וזאת בידיעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.																																											
<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">חתימת המועמד השני לביטוח</td> <td colspan="5">תאריך</td> </tr> </table>		X										חתימת המועמד השני לביטוח					תאריך					<table border="1"> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">חתימת המועמד הראשון לביטוח</td> <td colspan="5">תאריך</td> </tr> </table>		X										חתימת המועמד הראשון לביטוח					תאריך				
X																																											
חתימת המועמד השני לביטוח					תאריך																																						
X																																											
חתימת המועמד הראשון לביטוח					תאריך																																						

**ביטוח יסודי - רישק למקרה מוות**

רישק בפרמיה משתנה כל שנה (510) סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח \_\_\_\_\_ ש"ח.

רישק בפרמיה משתנה כל שנה (8510) במסלול הטבות Risk well על פי מסלולי ההטבות בחברה כמפורט בדף פרטי הביטוח. סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח \_\_\_\_\_ ש"ח.

הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עליי מסלול הטבות Risk well שסימנתי לעיל, ובמקרה זה הנני מסכים כי הפוליסה תופק עבורי חרף האמור לעיל, ואני מסכים לכך שההנחה שאקבל הינה בשיעור של 15% מהפרמיה המלאה לתקופה של 6 שנים.

מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח	ביטוחים נוספים
ש"ח _____		<input type="radio"/> רישק בפרמיה משתנה מידי שנה (511) <input type="radio"/> רישק בפרמיה משתנה כל שנה (8511) במסלול הטבות Risk well <input type="radio"/> הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עליי מסלול הטבות RiskWell שסימנתי לעיל, ובמקרה זה הנני מסכים כי הפוליסה תופק עבורי חרף האמור לעיל, ואני מסכים לכך שההנחה שאקבל הינה בשיעור של 15% מהפרמיה המלאה לתקופה של 6 שנים.
ש"ח _____	ש"ח _____	<input type="radio"/> מוות מתאונה (909) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח למקרה פטירה. ככל שסכום הביטוח למקרה פטירה יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.

**הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה**

הכנסה למשפחה יסודי (9345)

הכנסה למשפחה כיסוי נוסף (9346)

סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה מטה, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח.

פרטי המוטבים לכיסוי (במידה ולא ימולאו פרטי מוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)				פרטי הכיסוי הביטוחי	
קרבה למבוטח	תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם משפחה ושם משפחה	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח

הכנסה למשפחה כיסוי נוסף למועמד השני לביטוח (9347)

פרטי המוטבים לכיסוי (במידה ולא ימולאו פרטי מוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)				פרטי הכיסוי הביטוחי	
קרבה למבוטח	תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם משפחה ושם משפחה	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח

<input type="radio"/> שחרור מתשלום פרמיות (כולל נכות חלקית ליניארית) (8851) <input type="radio"/> ביטוח לגיל _____ אפשרי 67-60 (בהעדר הנחייה ייקנה הביטוח לגיל 67 או עד תום הביטוח היסודי, המוקדם מביניהם)	<input type="radio"/> מועמד ראשון <input type="radio"/> מועמד שני
<b>קיצור תקופת המתנה</b> <input type="radio"/> חודש <input type="radio"/> חודשיים	<b>הרחבות לבחירה</b> <input type="radio"/> פרנציזה (1)* * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה <input type="radio"/> עיסוקית לעיסוק ספציפי (2)* * צווארון לבן בלבד

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		הצהרת בריאות מקוצרת - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן: לצורך בחינת קבלתך לביטוח עליך לענות על השאלות הבאות בהצהרת הבריאות, חשוב שתשובותיך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח. האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה? - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה. מעבר ל-60 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן)			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 מועמד ראשון: גובה _____ משקל _____ מועמד שני: גובה _____ משקל _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם בשנה האחרונה סופלת (או הומלץ על טיפול) תרופתי יותר מ- 3 שבועות? מועמד ראשון: שם תרופה _____ סיבת טיפול _____ מועמד שני: שם תרופה _____ סיבת טיפול _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם בשנה האחרונה הומלץ לך או שהינך מועמד לביצוע בדיקה פולשנית, בדיקת הדמיה (לרבות US, CT - MRI) או ניתוח? מועמד ראשון: אם כן - ציין סוג הבדיקה/ניתוח _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (יש לפרט את הממצאים הלא תקינים) _____ מועמד שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה/ניתוח _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (יש לפרט את הממצאים הלא תקינים) _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות אם כן פרט: _____ מועמד ראשון: כמות סיגריות ליום _____ מועמד שני: כמות סיגריות ליום _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם אי פעם אובחנו אצלך מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות:			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א מחלות לב, כלי דם ודם מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב מחלות מערכת העצבים והמוח מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג גידול ממאיר (סרטן) מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד כליות ושתן מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה כבד מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו נשימה/ריאות מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 ברכישה כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה/שחרור יש לענות בנוסף על השאלות הבאות: חושים (ראייה, שמיעה) מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 בעיות שלד/מפרקים/אורתופדי/ראומטולוגי מועמד ראשון: פירוט: _____ מועמד שני: פירוט: _____			

הערות

חתימות				
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד הראשון לביטוח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד השני לביטוח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)

שם המועמד לביטוח	ת.ז.		
<p>1. <b>הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת לביטוח</b> - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים ומבקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה שנבחרה בהצעה לביטוח זו ואשר תנאיה מפורסמים באתר החברה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח: אני מצהיר, מסכים ומתחייב 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 שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (3) ידוע לי כי הקבלה לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום על בסיס הנתונים שמסרתי, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			
<p>2. <b>הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט</b> ו/או קווי תקשורת - 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 ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.</p>			
<p>3. <b>הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית</b> - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"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 לצירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסיניפכם 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>			
<p>4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	

אישור המועמד/ים לביטוח

הנני לאשר כי:

- בוצע לי, על ידי הסוכן, הליך של התאמת הביטוח לצרכי.
- הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח עיקריים וגבולות האחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בפוליסה.
- במסגרת הליך ההתאמה פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה, בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת, מצאתי את ההצעה תואמת את צרכי (רלוונטי רק למועמד שיש ברשותו פוליסה קיימת).

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		תאריך
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח		

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבלות 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 המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	

אישור הסוכן

אני הח"מ, סוכן הביטוח של הנ"ל מאשר ומצהיר בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו/ו כי הבין/ו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתן/ו את רשותו/ם לגבות תשלום הפרמיה על פי פרטי הגביה המופיעים לעיל.

**הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד/ים והצעת ביטוח תואם לצרכיו:** אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצעה זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח לעניין צירוף לביטוח, והצעת לי/ להם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיהם.

הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה, הוצגו בפני המועמד/ים לביטוח דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשות בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.

<input checked="" type="checkbox"/>			תאריך
חתימה וחומתת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	

**טופס אמצעי תשלום**

← תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ויזה כ.א.ל.  ישראלכארט  לאומי קארד  דינרס  אמריקן אקספרס  אחר

תוקף	מס' כרטיס האשראי
X	
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.

מס' פוליסה/הצעה	מס' קולקטיב	לשימוש פנימי

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

לכבוד

תאריך

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
	6 1 1			
קוד מוסד (המוטב)		שם המוסד (המוטב)		אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
<p>○ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.                  - או                  הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:                  ○ תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח.                  ○ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.</p> <p>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p>				

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקשים/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). 2 כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם נתנו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מהסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3 אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב. X חתימת הלקוח/ות
---	--

**פרטי ההרשאה**

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.  
 אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

X  
 חתימת בעלי החשבון

**אישור הסוכן**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' \_\_\_\_\_, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

תאריך	שם הסוכן/הסוכנת	מס' הסוכן/הסוכנת	חתימה + חותמת סוכנות
			X

\*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.