



מטריה ביטוחית – הצעה לביטוח מטריה ביטוחית לקרן הפנסיה וביטוח למקרה פטירה קוד מסמך **3341**

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*	פרטי סוכן / יועץ		
	שם סוכן / יועץ	שם מנהל עסקי	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:

פרטי המועמד לביטוח					
שם משפחה	שם פרטי	מין	ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד	דואר אלקטרוני
עיר / יישוב	כתובת (רחוב)	בית	דירה	ת.ד.	מיקוד

מועמד ראשון	
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)
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

הליך התאמת צרכים

1. בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי.

2. נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.

3. נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים	מועמד ראשון
האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הנך מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
במידה וקיים	להותיר את הפוליסה ללא שינוי
	להקטין סכום ביטוח בפוליסה הקיימת
	לבטל את הפוליסה הקיימת

במידה ומעוניין לבטל – אופן הגשת הביטול: באמצעות סוכן הביטוח** באמצעות חברת הפניקס** באופן עצמאי

** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/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 לבירור הנושא. אם ברשותך פוליסה דומה, ואינך מתכוון להקטין/ לבטל, אנא אשר כי ידוע לך:

פוליסה זו נרכשת על ידי בנוסף לפוליסה קיימת בעלת כיסוי דומה וזאת בידיעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.

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

מטריה ביטוחית – ביטוח משלים לנוכות בקרן הפנסיה (ניתן לרכוב כפוליסה SA בלבד)

מועמד ראשון	ביטוח יסודי – כיסויי בסיס (חובה לבחור אחד משני הביטוחים הבאים)
<input type="radio"/>	כיסוי לעיסוק ספציפי (לצווארון לבן בלבד) (25)
<input type="radio"/>	כיסוי לביטול קיזוז גורם ממשלתי (26)
<input type="radio"/> 5 שנים (27) <input type="radio"/> 4 שנים (28) <input type="radio"/> 3 שנים (29) <input type="radio"/> שנתיים (30) <input type="radio"/> שנה (31)	כיסוי לביטול תקופת אכשרה* *לתשומת לבך – לעניין כיסוי לתקופת אכשרה תקופת הביטוח המקסימאלית תהיה 5 שנים לכל היותר ממועד ההצטרפות לקרן הפנסיה. תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה: ____ / ____ / ____ שם הקרן: <input type="radio"/> הפניקס פנסיה <input type="radio"/> אחר: _____
ביטוחים נוספים	
גיל תום: _____ (בין 60-67)	מטריה ביטוחית 3 חודשי המתנה בפרמיה משתנה *כולל נכות חלקית
ש"ח _____	סכום הפיצוי החודשי המבוקש* (8860) *סכום הפיצוי למקרה נכות כפי שקיים בקרן הפנסיה או 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח הנמוך מביניהם
ש"ח _____	שחרור מהפקדות לקרן פנסיה (8861) במידה ולא יתבקש סכום לשחרור בקרן הפנסיה, סכום השחרור ייקבע ע"פ ברירת המחדל 20.83% מהשכר המבוטח במטריה הביטוחית (השכר המבוטח בקרן הפנסיה לעניין המטריה הביטוחית, יחושב בהתאם לסכום הפיצוי החודשי המבוקש לעיל)
ביטוחים נוספים – לבחירה על כיסוי המטריה הביטוחית	
<input type="radio"/>	פרנציז'ה (1)
<input type="radio"/> 36 (17) <input type="radio"/> 48 (18) <input type="radio"/> 60 (19)	הארכת תקופת הצמדת הפיצוי החודשי למדד (ניתן לבחור אופציה אחת): תשלומים חודשיים
<input type="radio"/> גידול של 1% בשנה (20) <input type="radio"/> גידול של 2% בשנה (21)	הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת אובדן כושר עבודה (ניתן לבחור אופציה אחת):

מועמד ראשון	ביטוח יסודי – ריסק למקרה מוות (יוקם בפוליסה נפרדת)
ש"ח _____	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510)
ש"ח _____	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (8510) במסלול הטבות Risk well על פי מסלולי הטבות בחברה
<input type="radio"/>	הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עלי 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 ראשון	הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה					
<input type="radio"/>	הכנסה למשפחה יסודי (9345) סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה מטה, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח.					
פרטי המוטבים לכיסוי (במידה ולא ימולאו פרטי המוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)					פרטי הכיסוי הביטוחי	
קרה למבוטח	תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח
					תקופת ביטוח בשנים	

מועמד ראשון		ביטוחים נוספים – סיכויי נכות ומרפא לחיים				
ש"ח _____		נכות רגילה (57) *				
ש"ח _____		נכות מקצועית (58) *				
* סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח למקרה פטירה יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.						
מינוי מוטבים - למועד ראשון						
מספר סידורי	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	יחס קרבה למבוטח	החלק ב-%
						פרטים אישיים
1					<input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> ילד/ילדה <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> כד/נכדה <input type="checkbox"/> אחר	מין
						1 0 2 0
						מספר
						רחוב
2					<input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> ילד/ילדה <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> כד/נכדה <input type="checkbox"/> אחר	מין
						1 0 2 0
						מספר
						רחוב
3					<input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> ילד/ילדה <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> כד/נכדה <input type="checkbox"/> אחר	מין
						1 0 2 0
						מספר
						רחוב
4					<input type="checkbox"/> בן/בת זוג <input type="checkbox"/> ילד/ילדה <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> אח/אחות <input type="checkbox"/> כד/נכדה <input type="checkbox"/> אחר	מין
						1 0 2 0
						מספר
						רחוב
*לא מונו מוטבים למקרה מוות – יהיו המוטבים יורשי החוקים של המבוטח						
100%		סך הכול				

אישור הסוכן (חובה)			
<p>אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר ומצהיר בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה. את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.</p> <p>הצהרת הסוכן לברור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביצעתי למועמדים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפני את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעתי לו ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע. וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו את הביטוח המתאים לצרכיו.</p> <p style="text-align: right;">הריני לאשר כי:</p> <p>מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים. מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם. ככל שמדובר בשווק למועמד לביטוח שמלאו לו 67 ומעלה, הריני לאשר כי עברתי הכשרה למכירה ולמתן שירות לאזרחים ותיקים, בהתאם להוראות חוזר הצירוף.</p> <p>הצהרת הסוכן לרכישת כיסוי מטריה ביטוחית: הנני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ ובשיווק פנסיוני) התשס"ה- 2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון, לרבות ברור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת מידע חד פעמית למסלוקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.</p> <p>הנני מאשר כי ההכנסה המבוטחת בהצעה זו לביטוח מטריה ביטוחית: הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, ואינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים. אני פועל לביטול התוכנית הקיימת למטריה ביטוחית ככל שההכנסה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים. שיעור הכיסוי בהצעה זו ובתוכנית ביטוח קיימות, ככל שקיימות, לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.</p> <p>הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום: הנני מאשר בזה כי במעמד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפני בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפני באמצעות ת.ז או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.</p>			
X			
תאריך	שם סוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחומת הסוכן

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות מהקבוצה (כהגדרתה להלן) ו/או אצל גורם אחר מטעמה ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, והכל לצורך השימושים הבאים, של מי מחברות הקבוצה: צרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים לרבות עיבוד המידע, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר, ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. **ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, בפניה בכתב, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה** ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר).

X	חתימת המועמד לביטוח
----------	----------------------------

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמדים לביטוח (המבוטח)

1. הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלה לביטוח - 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 יהיו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

2. הצהרה בקשר לכיסוי מטריה ביטוחית - אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה.

3. הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית - 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 מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטנים.

4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

5. ידוע לי כל לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת, ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד, על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.

6. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת ו/אחרת בסיס.

7. העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר - ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל"הר הביטוח".

8. ידוע לי כי, פרטי התקשרות שציינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס

9. הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני / מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר

○ איני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.

10. הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים - הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה

○ לא מסכים

X	חתימת המועמד לביטוח	תאריך
----------	----------------------------	--------------

שאלון הצהרת בריאות מורחב (עבור רישק מעל שני מיליון / או מעל גיל 55, כיסוי נכות)

מועמד ראשון		מועמד שני		שאלון רפואי
כן	לא	כן	לא	
				<p>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.</p> <p>- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.</p> <p>- מועמדים בני 65 ומעלה - יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)</p>
				1 גובה (בס"מ): _____ משקל: _____
				2 האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
				3 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ-3 שבועות? או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? אם כן: מועמד ראשון: שם תרופה: _____; סובל מ: טיפול: _____ מועמד שני: שם תרופה: _____; סובל מ: טיפול: _____
				4 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות כולל למטרת ניתוח? (יש לצרף דו"ח אישפוז אם קיים) אם כן: מועמד ראשון: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____ מועמד שני: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____
				5 האם נקבעה לך נכות מכל סיבה שהיא ו/או הינך בתהליך קביעת נכות מכל סיבה שהיא ו/או הגשת תביעת נכות מכל סיבה שהיא לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות? (יש למלא שאלון נוסף) אם כן: מועמד ראשון: דרגת נכות: _____%; מועמד שני: דרגת נכות: _____%
				6 האם עברת או הומלץ לך לעבור ב-5 השנים האחרונות בדיקות רבות בדיקות פולשניות כגון ביופסיה או צנתור או קולונוסקופיה או בדיקות הדמיה כגון CT או MRI, אקו לב, מיפוי עצמות (יש לצרף תוצאות הבדיקות)
				7 האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד ו/או השתלת איבר ב-10 השנים האחרונות? (יש לצרף תוצאות בדיקה)
				8 האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? - מועמד ראשון: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____ מועמד שני: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____
				9 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? אם כן: מועמד ראשון: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____ מועמד שני: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____
				10 האם הינך צורך יותר מ-14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? (יש למלא שאלון נוסף)
				11 האם חלית ו/או אובחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:
				11.1 מחלות לב וכלי דם לרבות: חסימת כלי דם/צנתור/מעקפים, התקף לב, כאבים בחזה, הפרעת קצב, הפרעות מסתמי הלב, איוושה, יתר לחץ דם מטופל תרופתית בשנה האחרונה, פקקת/קריש דם, מפרצת (יש למלא שאלון נוסף)
				11.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי/שבץ, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, שיתוק/חולשה בגפיים (יש למלא שאלון נוסף)
				11.3 מחלות מערכת העיכול לרבות: קרוהן, קוליטיס
				11.4 מחלות במערכת ההפרשה פנימית, לרבות: סוכרת, יתר שומנים בדם, הגדלה של הערמונית או ערך PSA מוגבר (יש למלא שאלון נוסף)
				11.5 מחלות כבד לרבות: הפטיטיס, הפרעה בתפקודי כבד, שחמת
				11.6 מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיה: בלט/פריצת דיסק, ליקויים בעמוד שדרה, בריחת סידן/אוסטיאופורוזיס, דלקת מפרקים/ארטריטיס, זאבת/לופוס, FMF / קדחת ים תיכונית
				11.7 מחלות נשימה לרבות: אסטמה, COPD/מחלת ריאות כרונית חסימתית/אמפיסמה, סיסטיק פיברוזיס
				11.8 מחלות כליות לרבות: אי ספיקת כליות, ציסטות בכליות, דם או חלבון בשתן
				11.9 מחלות נפש לרבות: דיכאון, פוסט טראומה, מאניה-דיפרסיה - הפרעה ביפולרית/דו קוטבית, סכיזופרניה
				11.10 מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, מספר משקפיים מעל 8
				11.11 HIV: נשא או חולה איידס
				11.12 גידולים, שפיר או ממאיר, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה, סרטן עור, מלנומה (יש למלא שאלון נוסף)
				11.13 מחלות דם - אנמיה, הפרעות קרישה, הפרעות בתאי דם/ספירת דם
				11.14 מחלות במערכת החיסון לרבות מחלות אוטואימוניות
				11.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית
				11.16 מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון
				11.17 הסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה אב, אם, אחים ואחיות שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי?

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 |

פירוט ממצאים חיוביים – בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה / מחלה / בדיקה מועד התחלה/ סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן / לא, סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

← אישור הסוכן/ נציג המכירות של "הפניקס"

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן ביטוח/נציג מכירות של "הפניקס" מאשר ומצהיר בזאת כדלקמן:
 בתאריך ____ / ____ / ____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד הראשון לביטוח בטל' מס' _____
 ובתאריך ____ / ____ / ____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד השני לביטוח בטל' מס' _____
 (כשיש 2 מבוטחים בוגרים חובה לדבר עם שניהם) ומילאתי עבורם ובשמם את הצהרת הבריאות המצורפת.

חתימות

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון
				X
				X
				חתימת המועמד השני

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
---------	----------	------	-------------------	-------------

הצהרת משלם חריג

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	<input type="radio"/> ת.ז. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	יישוב	מיקוד

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים/הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.

תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם
-------	-----------------	-----------------

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

תאריך	מס' כרטיס האשראי	תוקף
שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	מס' ת.ז.

הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסיים נוספים בלבד.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש ● 1 לחודש ● 10 לחודש* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)

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

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	611	שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)

(ה"בנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב: ש"ח. _____
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

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") שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק 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). 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 רשאים/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/ינו 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 רשאים/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 תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו ייקבעו 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.			
2	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.			
3	<table border="1"> <tr> <td>תאריך</td> <td>חתימת הבנק</td> <td>חתימת בעל החשבון</td> </tr> </table>	תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון		