

בקשה לעדכון פוליסה קיימת - למבוטחים עד גיל 70 בלבד!

פרטי הסוכן					
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	שם נציג מכירות הפניקס	מס' צוות	מספר פוליסה קיימת

פרטי בעל הפוליסה - במקרה של רכישת ביטוח עבור קטינים בלבד (חובה למלא פרטים מטה)					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	

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

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	מ.משפחתי	ת.לידה	קופ"ח	שב"ן (ביטוח משלים)	עיסוק	תחביבים מסוכנים**	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	חובה למלא עבור כל מועמד בגיר* אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף רחוב מספר בית ישוב מיקוד	

* פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר												
יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).												
בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.												
לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.												
תאריך												
חתימה	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, טייס, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות, נא למלא שאלון בהתאם

החלפת תכנית ביטוח קיימת בחברה *יש לצרף שאלון ביטוחים קיימים ומסמך השוואה *כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9017/9018/9019): ללא כיסוי לבדיקות רפואיות + ללא פיצוי בגין טופס 17										
סמן במקום הרצוי ✓	החלפה מ: (כיסוי קיים בפוליסה)	כיסוי חדש מבוקש	סוג הצהרה הנדרשת	הערות	מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי
<input type="radio"/>	ניתוחים קו כסף/ שב"ן/ קו מהיר / משתלם פלוס	(9019)** ניתוחים אחידה / ניתוחים משתלם פלוס	משב"ן/ מקו מהיר ללא שיפוי/ - הצהרת בריאות מלאה		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ניתוחים קו כסף/ שב"ן/ קו מהיר / משתלם פלוס	(9017) שב"ן	ללא הצהרת בריאות		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	תרופה/סגולה	(9743)* תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב 2016	הצהרת בריאות מלאה	יש להוסיף פסקה 730	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	סגולה מורחבת	(9743)* תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב 2016	ללא הצהרת בריאות		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	השתלות בסיס	(9723)* השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל 2016	הצהרת בריאות מלאה		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	השתלות ועוד / מורחב / מגדל / בינלאומי / השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	(9723)* השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל 2016	ללא הצהרת בריאות		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	עולמי (ניתוחים בחו"ל)	(9324) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 2016	ללא הצהרת בריאות		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	פרק ב' - אמבולטורי	(9986) פרק א': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות	ללא הצהרת בריאות	בשדרוג נספח טרם 2014 יש להוסיף פסקה 1614	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	תרופות אקסטרה	(9742) תרופות אקסטרה	בשדרוג נספח טרם -2016 הצהרת בריאות מלאה		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	בריאות כמו גדול/ בריאות כמו גדול פלוס	(8329) פרק ב': ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד	ללא הצהרת בריאות	תקופת אכשרה לכיסויים קיימים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	אחר: _____	אחר: _____	תנאי החיתום על פי המקובל בחברה		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

הערות:
 יש לצרף בכל פוליסה החל ממאי 2016 קוד עבור נספח תנאים כלליים: קוד 9194 (לגילאי +21) או קוד 9195_ (לגילאי 20-0 כולל)
 *קוד 9723. אולם במידה ונרכשו בנוסף כיסויי הבסיס: ניתוחים בישראל ו/או תרופות (9017+9018+9744), יש להפיק השתלות בקוד מיוחד 9722 (במקום 9723) קוד 9743. אולם במידה ונרכשו בנוסף כיסויי הבסיס: ניתוחים בישראל (9017+9019), יש להפיק תרופות בקוד מיוחד 9744 (במקום 9743)
 ** קוד 9019. אולם במידה ונרכשו בנוסף כיסויי הבסיס: תרופות + השתלות (9744+9722), יש להפיק ניתוחים בקוד מיוחד 9018 (במקום 9019)
 *** במידה ומתווספים כיסויים חדשים שלא היו בפוליסה המקורית, נדרשת הצהרת בריאות מלאה לכיסויים אלו.

הוספת כיסויים בפוליסה קיימת									
סמן במקום הרצוי ✓	כיסוי חדש מבוקש (החל ממאי 2016)	סוג ההצהרה הנדרש	מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
<input type="radio"/>	(9743) תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב*	הצהרת בריאות מלאה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9723) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9324) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9017) ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9019) ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9020) ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משתלם פלוס הצהרת בריאות מלאה.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	אוגדן כיסויים ושירותים אמבולטוריים: פרק א': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)		ללא הצהרת בריאות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	לסמן את הפרקים הנבחרים פרק ב': ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	(9742) תרופות אקסטרה 2016 למבוטחי "סל הזהב"	הצהרת בריאות מלאה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(8985) כתב שירות "אבחנה מהירה"	הצהרת בריאות אבחנה מהירה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9004) כתב שירות "לא לבד"	הצהרת בריאות לא לבד	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(8886) כתב שירות "רופא מומחה בקליק"	ללא הצהרת בריאות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9987) כתב שירות רופא אישי		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9342) כתב שירות רפואה משלימה		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(9980) טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל למבוטחים בעלי תכנית קו הכסף עם כיסוי לניתוחים בישראל במסלול שיפוי או למבוטחים בעלי תכנית משלים שב"ן- ששווקו לפני 01.02.2016 ללא הצהרת בריאות.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(1597) ביטול סייג תאונות עבודה (ניתן להוסיף לפוליסות לפני שנת 2014)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	(260) ביטוח סייג תאונות דרכים וטרור (ניתן להוסיף לפוליסות לפני שנת 2004)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

* פרמיה משתנה-דמי הביטוח משתנים במהלך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח וצמודים למדד הפוליסה כמפורט בתנאי הפוליסה והגילוי הנאות. בכתיב שירות יתכנו שיניים בקבוצות גיל.

← הוספת כיסוי מרפא פיצויי מחלות קשות – פרמיה משתנה						
הצהרת בריאות מלאה (במידה ונרכש מרפא סרטן בלבד יש למלא הצהרת בריאות לסרטן) סכום ביטוח מקסימלי לרכישה עבור מבטוח בגין כל המסלולים במצטבר הינו עד 600,000 למבוגר וליילד (יש לצרף קוד יסודי נספח תנאים כלליים: קוד 9194 (לגילאי +21) או קוד 9195 (לגילאי 0-20 כולל))						
תכניות בסיס – מחלות קשות (פרמיה משתנה)						
מועמד ראשי	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	מרפא (גיל כניסה לביטוח 0-20 כולל) ראשי 8542, משני 8543, ילד 8544 סכום ביטוח:
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	מרפא סרטן 2016 (גיל כניסה לביטוח 60-0 כולל) קוד – 9831 סכום ביטוח:

← החלפת תכנית ביטוח מחלות קשות										
סמן במקום הרצוי ✓	החלפה מ (כיסוי קיים בפוליסה)	כיסוי חדש מבוקש	קוד כיסוי חדש	סוג הצהרה נדרשת	מועמד ראשי	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי
<input type="radio"/>	מרפא ארד, כסף, זהב, פלטינה, יתרון וילדים	מרפא	ראשי 8542 משני 8543 ילד 8544	הצהרת בריאות מלאה*	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

* החיתום החדש יבוצע ויחול ביחס להפרש הכיסוי הביטוחי בין התוכנית הקיימת לחדשה והינו בנוסף לחיתום הקיים

שדרוגי מרפא: יש צורך להעביר שאלון ביטוחים קיימים.

הערות חשובות:

* בכל מקרה בו סכום הביטוח המבוקש גדול מהקיים יש צורך בחיתום.

** בכל סוג ביטוח מסוג מחלות קשות שאינו מופיע בטבלה ידרש חיתום מלא + שאלון ביטוחים קיימים.

← הצהרות
לשדרוג לכיסוי – תרופות – סל הזהב ו/או השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות – ידוע לי כי ההגבלות לאחריות החברה ו/או התנאים מיוחדים הרשומים בדף פרטי הביטוח של הפוליסה הקיימת והמתייחסים לכיסוי עבור תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ימשיכו לחול על מלוא היקף הכיסוי ונספח התרופות החדש. אם וכאשר יחולו הגבלות ו/או תנאים מיוחדים חדשים בנספח החדש הם יחולו על הכיסוי הביטוחי העולה בהיקפו על הכיסוי הקיים במועד השדרוג. השתלות – ידוע לי כי ההגבלות לאחריות החברה ו/או התנאים מיוחדים הרשומים בדף פרטי הביטוח של הפוליסה הקיימת והמתייחסים לכיסוי עבור השתלות, ימשיכו לחול על מלוא היקף הכיסוי ונספח השתלות החדש. אם וכאשר יחולו הגבלות ו/או תנאים מיוחדים חדשים בנספח החדש הם יחולו על הכיסוי הביטוחי העולה בהיקפו על הכיסוי הקיים במועד השדרוג.
לשדרוג לכיסוי ניתוחים פרטיים בחו"ל מצהיר כי איני נמצאת/ת בהליך של תביעת ביטוח בריאות ו/או אובדן כושר עבודה בחברתכם או בחברת ביטוח אחרת או בביטוח לאומי.
← הצהרת המבוטח למשלים שב"ן במידה ולא מעוניין בקו כסף משלים שב"ן: <input type="radio"/> אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח במידה וכן מעוניין לקו כסף משלים שב"ן: <input type="radio"/> אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברתי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה עם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.
← גילוי נאות – למועמד לביטוח משלים שב"ן 1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). (כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. 2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. 3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

← הצהרות – יחול על כל אחד מהמועמדים לביטוח			
אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:			
1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהא לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.			
2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביני ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.			
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.			
4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.			
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.			
6. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי הפניקס 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 התקשורת.			
7. ידוע לי כי לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשתי 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 ששייקוה 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.			
8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירת המועמד לביטוח, הרשאי לבחור בהם או לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת.			
9. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ אחרת בסיס.			
10. לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2020 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.			
11. אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.			
12. הריני לאשר כי הוצגו בפניי דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח. הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.			
13. התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח: הריני לאשר כי בוצע על ידי סוכן הביטוח שלי התאמת הביטוח המוצע לצרכי. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיות הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים, כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח. במידה והיו לי ביטוחים קיימים הרלוונטיים לביטוח המבוקש, הריני לאשר כי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המבוקש תואם את צרכי. הריני לאשר כי נמסר בידי מסמך השוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש וכי ככל שמסמך השוואה הנו גם תלוי החיתום הרפואי במסגרת הביטוח המבוקש, ידוע לי כי על ידי לקבל העתק גם מתנאים אלו כחלק מתהליך ההתאמה. אישור לתנאי החיתום לביטוח המבוקש, ככל שאישורו על ידי, יהוו אישור להתאמת הביטוח לצרכי, לרבות תנאי הביטוח המבוקש למול ביטוחים רלוונטיים קיימים אחרים שברשותי.			
14. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור להפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש ע"י הפניקס, 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 הפניקס 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. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים בהפניקס ולסוכן הביטוח המטפל.			
שם+חותמת עד שהינו סוכן ביטוח:			
	X	X	X
(מועמד _____)	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	תאריך
← אישור הסוכן			
אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסניפיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.			
הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח כל הביטוח לעניין צירוף לביטוח לרבות פניה להר הביטוח, לכל הפחות, והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/הם.			
הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.			
	X		
חתימת הסוכן	תאריך		

<p> הצהרת בריאות מלאה (מועמד לביטוח מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות) במקרים בהם המועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות. - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה. מעבר ל-60 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן). בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף. - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח. </p>											
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:											
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי						
כן	כן	כן	כן	כן	כן						
___	___	___	___	___	___	1 האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? לילדים עד גיל 16 (במקום פרטי גובה ומשקל) האם הייתה התייעצות עם רופא ו/או אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון? גובה _____ משקל _____					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם הנך נוטל תרופות שנרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הינך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר? כמות ליום: _____ מספר שנים: _____ מועד הפסקת עישון: _____ /____/____					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב. אם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון לילדים מגיל 16 בלבד					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם הנך צורך משקאות חריפים בכמות מעל 750 מ"ל משקה אלכוהולי לשבוע (בקבוק יין או משקה כהלי אחר) ו/או מעל 7 פחיות / בקבוקי / כוסות בירה לשבוע? השאלה לבוגרים מגיל 18 בלבד					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.1 מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר שנים האחרונות), מומי לב מולדים.					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז? אוטיזם, תסמונת דאון, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (בחמש השנים האחרונות), מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.3 מחלות מערכת העיכול, וטש, תריראון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, בלבב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.5 מחלות עיניים והפרעות באייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאפטוריות?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/נחירות)? סטיות במחיצת האף?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.7 מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.10 מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה, BCC?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.11 מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA)?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.12 מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?					

הצהרת בריאות מלאה - המשך												
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד רביעי	מועמד ששי	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.14 מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחדש למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון? ילידים עד גיל 16: אשר טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? לנערות עד גיל 12: הפרעות מחזור, בעיות פריון, קונדילומה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.16 בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 למיטב ידיעתך , האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות) שהינם שאובחנו עם מחלת לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55? (גא לציין קירבה ומחלה)
בנוסף לשאלות לעיל: ילידים (עד גיל 18):												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילידים עד גיל 3 - האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.

הצהרת בריאות מלאה - מרפא סרטן												
- תקופת הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה. מעבר ל-60 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן). בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף. -במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.												
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד ששי	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרא סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (גא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (גא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (גא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם הנך נוטל תרופות שנרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (גא לפרט שם תרופה ומינון)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר? כמות ליום: מספר שנים: ב. האם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון מועד הפסקת עישון: ___/___/___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1 מערכת העצבים והמוח, אחרי המילה מוח, (כגון: TIA, CVA), שבת מוחי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2 מחלות מערכת העיכול, ושט, תריטרין, קיבה מעיים, כבד?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, בלב-לב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4 מחלות/ כאבים במערכת השלד והמפרקים (למעט פריצות דיסק ושברים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5 מחלות והפרעות במערכת הנשימה שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6 מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, דם או חלבון בשתן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7 מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, גידולים ממאירים, לוקמיה, מאלומה, לימפומה, סרטני עור לרבות: מלנומה, BCC?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8 מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA, טחול מוגדל)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9 מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?

הצהרת בריאות מלאה - המשך											
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA? (מגיל 40 ומעלה)											
מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: הפרעות מחזור, שחלות פוליציסטיות, מיומות, גידולים ברחם, ציסטות שחלתיות, שדיים פיברוציסטיים? (לנערות מגיל 16 ומעלה)											
6 היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות) שאובחנו עם סרטן שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55?											

הצהרת בריאות - "אבחנה מהירה"											
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
האם הנך כעת במהלך ברור תופעה או מחלה או שיעצו לך על ביצוע ברור/אבחון תופעה או מחלה וטרם הסתיים הברור/ האבחון?											

הצהרת בריאות כתב שירות לא לבד											
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 האם הנך חולה או שחלית בעבר במחלה ממארת, או קיבלת המלצה לעבור בדיקות לאבחון מחלה ממארת, או נמצא במעקב עקב מחלה ממארת או חשד למחלה ממארת, הומלץ או הינך מצוי בבירור רפואי כלשהו (למעט בירור בנושא הריון, לחץ דם, שומנים בדם, סכרת או בעיות לבביות)?											
2 למועמדים מעל גיל 18 - האם הנך מעשן או שעישנת בעבר? אם כן, ציין מספר סיגריות ליום: משך העישון בשנים: מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר):											

אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים. בנוסף, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך בשאלות ובליקויים הבאים יש למלא שאלון המשך
4- נכויות/פציעות, 7- שאלון עישון/סמים ושתייה, 9.1- מחלות לב ויתר לחץ דם, 9.3- דרכי העיכול, 9.4- סוכרת, 9.7- גב, עמוד השדרה, פרקים, ארטריטיס, ראומטיזם, 9.7- בריחת סידן-יש להמציא בדיקת צפיפות עצמות אחרונה 9.8- דרכי הנשימה, 9.10- גידולים, מחלות ממאירות-סרטן, לוקמיה.

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

חתימות				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
				X
				X
				X

שאלון ביטוחים קיימים ובחינת הצורך בהשוואת ביטוחים (מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח")

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך: (מועמדים בגירים מגיל 18)

שם המועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
			X
			X
			X
			X

מייפה/ים את כוחה של הפניקס חברה לביטוח בע"מ/שם סוכן הביטוח _____ בהרשאת שימוש פרטנית לבצע חיפוש על שמי ו/או ילדיי הקטנים באתר האינטרנט של רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון לאיתור מוצרי הביטוח (אתר הר הביטוח). ההרשאה תהא מוגבלת עד 5 ימי עבודה בלבד ממועד זה.

אני _____ החתום מטה סמספר רישיון סוכן / ת.ז. 0 / נ.פ. גורם משווק: _____ מתחייב:

1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד. 2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך: _____ חתימת הגורם המשווק: X _____

המועמד/ים לביטוח (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות):

מסר/ו	<input type="radio"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="radio"/> מידע מאתר "הר הביטוח" מעין עצמאי באתר.	<input type="radio"/> מידע אחר אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/ם.
סרב/ו	<input type="radio"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="radio"/> למסור מידע בדבר מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/תם.	

 *בשיווק יזום קיימת **חובה**, כחלק מהתאמת הצרכים, לעיין באתר "הר הביטוח" (באמצעות הרשאה ו/או עיין עצמאי מצד המועמד לביטוח) או לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים אצל המועמד לביטוח.

מעין באתר הר הביטוח ו/או מתשאל המועמד לביטוח נמצא כי למועמד לביטוח:
 יש פוליסות בריאות רלוונטיות תקפות (במידה יש פרט מטה) לא אותרו פוליסות ביטוח רלוונטיות.

פירוט (בסיס/נוספת/כתב שירות מסוג): _____ (בפוליסות פיצוי אנה פרט) בסכומי פיצוי ע"ס: _____

אנא סמן את האפשרות הרלוונטית לגבי הפוליסה הקיימת:

<input type="radio"/> להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת (בפוליסות פיצוי בלבד).	<input type="radio"/> להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי.	<input type="radio"/> להקטין את היקף הכיסוי / סכום הביטוח בפוליסה הקיימת.	<input type="radio"/> לבטל את הפוליסה הקיימת
	תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זהה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות לפי סכומי הביטוח. דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספות והקיימת.		אופן הגשת הביטוח: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "פניקס" <input type="radio"/> באופן עצמאי לביטול באמצעות "פניקס" או סוכן הביטוח - יש לצרף הודעת ביטול מלאה - נספח ג' (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה*.
		במידה ונקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, יכלול תהליך ההתאמה, לכל הפחות , השוואה בין ההחרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.	

 מצורף להצעה: מסמך השוואה בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת.

* לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר 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 לברור הנושא.

X									
חתימת הסוכן/סוכנות	מס' הסוכן / מס' רשיון	שם הסוכן וסוכנות הביטוח	תאריך						

למבוטח ←

עין היטב במסמך ההשוואה, הכולל את תמצית ההשוואה האמורה.

זכותך, תוך **שישים ימים** מקבלת פוליסת ביטוח הבריאות החדשה, **לבטלה** והינך זכאי להחזיר לקדמותן את כל פוליסות ביטוח הבריאות המקוריות שביטלת, סילקת או שינית במסגרת עיסקת ההחלפה וזאת רטרואקטיבית ממועד ביטולן בכפוף להשלמת דמי הביטוח שלא שולמו.

בוטלה הפוליסה החדשה, תהא זכאי להשבת דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו בפוליסה החדשה, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות בשל מקרה ביטוח שאירע עד למועד ביטולה.

הנני מבקש לבצע את השינויים הבאים בפוליסות המפורטות להלן:

הערות	מועד שינוי	סוג שינוי (אנא ציין את כל השינויים הרלוונטיים בגין האפשרויות הבאות: הורדת כיסוי ביטוחי מהפוליסה קיימת / ביטול פוליסה קיימת / הקטנת סכום ביטוח בפוליסה קיימת.)	מס' פוליסה

X									
חתימת המועמד הראשון לביטוח								תאריך	

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

הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום ת.ז של מורשה חתימה

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	ת.ז.	מס' פ.נ. (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 המבוטח/ים 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 המשלם 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

<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/> מס' כרטיס האשראי	<input checked="" type="checkbox"/> תוקף
שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס
מס' ת.ז.	חתימת בעל הכרטיס

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	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיימים)	6 1 1

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 או -
 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.

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקש/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:						
2	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/ם 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ם 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/ינו, 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.						
3	פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועד 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. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.						
	<table border="1"> <tr> <td>תאריך</td> <td>חתימת הבנק</td> <td>חתימת בעל החשבון</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>	תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון		X	X
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון					
	X	X					

אישור הסוכנת

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 בפניי.	תאריך	שם הסוכן/הסוכנת	מס' הסוכן/הסוכנת	חתימה + חותמת סוכנת
				X

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