תחום ביטוח בריאות
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

קשרי לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

הצעה לביטוח בריאות | סיעוד

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן					
	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה

○ **ביטוח בריאות** ○ **ביטוח סיעוד**

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

פרטי בעל הפוליסה ○ מבוטח ○ אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת		טלפון
מין: ○ זכר ○ נקבה	מצב משפחתי: ○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן _____ ילדים	
אופן הגבייה ○ הוראת קבע ○ כרטיס אשראי ○ הודעת תשלום	אופן התשלום: ○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי	

פרטי המבוטח הראשי

שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	תאריך לידה
מין: ○ זכר ○ נקבה	מצב משפחתי: ○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן _____ ילדים
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

פרטי המבוטח השני

שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	תאריך לידה
מין: ○ זכר ○ נקבה	מצב משפחתי: ○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן _____ ילדים
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושידורים), התשמ"ב - 1982.
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן ○ לא ○ כן

◯ לא ◯ כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך ו/או באורח חייך ?	◯ לא ◯ כן, פרט
◯ לא ◯ כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רשיון טייס / ו/או איש צוות אויר / ו/או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	◯ לא ◯ כן, העבר שאלון טייס
◯ לא ◯ כן, פרט	האם הוגשה בעבר ו/או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	◯ לא ◯ כן, פרט
◯ לא ◯ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות ו/או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	◯ לא ◯ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

פרטי הילדים

1				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
2				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
3				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

במות המבוטח				
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
לביטוח מרפא				
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים

מינוי מוטבים - למבוטח השני

במות המבוטח				
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
לביטוח מרפא				
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים
	שם	ת.ז.	קירבה	חלקים

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

○ ויזה ○ ישראכרט ○ דיינרס ○ אמריקן אקספרס ○ אחר

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

הרשאה לחיוב חשבון

בנק / סניף	מס' החשבון בבנק / סוג החשבון / קוד סניף / קוד בנק
כתובת הסניף	קוד מוסד: 611 / אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)

1. אני/ו הח"מ — שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק — מס' ת.ז. / ח.פ.

כתובת — רחוב — מספר — עיר — מיקוד

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך		חתימת בעל החשבון

אישור הבנק

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ת.ד. 2533 תל-אביב 61253

מס' החשבון בבנק / סוג החשבון / קוד סניף / קוד בנק	
קוד מוסד: 611 / אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק

תוכניות ביטוח יסודיות

- ◯ (1724+1597) קו כסף - פרק א' ניתוחים - פרמיה משתנה עד גיל 65 ומתקבעת בגיל 66
- ◯ (1735+1597) משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה בנושא)
- ◯ (1725+1597) קו מהיר ◯ (1723+1597) השתלות ◯ (1726) בריאות על בטוח

חבילת קו כסף עולמי - פרק א + השתלות + עולמי + תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

- ◯ חבילת קו כסף עולמי (1597 + 1724 + 1722 + 324 + 1744 + 327)
- ◯ קו כסף לצעירים גילאים 22-34 (1597 + 1731 + 1722 + 324 + 1744 + 327)
- ◯ קו כסף עולמי לילדים גילאי 0-21 (1729 + 1744 + 1722 + 324 + 327 + 329)
- ◯ קו כסף +66 (1730 + 1722 + 324 + 1744 + 327)

חבילת קו כסף משלים שב"ן - מותנה בחברות בשב"ן בקופ"ח בה החבר מבוטח (ראה הצהרה בנושא)

- ◯ (1597 + 1735 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן + ברות ביטוח משלים שב"ן
- ◯ (1737 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744 + 329) חבילת קו כסף משלים שב"ן לילדים + ברות ביטוח משלים שב"ן
- ◯ (1597 + 1738 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן לצעירים + ברות ביטוח משלים שב"ן
- ◯ (1739 + 1736 + 1722 + 324 + 327 + 1744) חבילת קו כסף משלים שב"ן לגילאי +66 + ברות ביטוח משלים שב"ן

חבילת קו מהיר מורחב

(1725 + 1597 + 566 + 1716 + 1732 + 1744) קו מהיר לבריאות (פיצוי + שיפוי) כולל השתלות, עולמי מהיר וכיסוי תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

ביטוחים נוספים הניתנים לרכישה לחבילות קו כסף וקו מהיר מורחב בלבד

- ◯ (980) טיפולים מחליפי ניתוח (רק עבור קו כסף)
- ◯ (986) טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פרק ב').
- ◯ (449) פרק ב' גיל +66
- ◯ (185) קו הספורט (לילדים עד גיל 21)
- ◯ (329) בריאות כמו גדול
- ◯ (332) קו ירוק - רפואה אלטרנטיבית
- ◯ אחר

חבילת השתלות ועוד + סל הזהב

◯ (1597 + 1723 + 1744) השתלות + כיסוי לתרופות שלא כלולות בסל הבריאות

חבילת עולם ומלואו

◯ (1597 + 1723 + 1744 + 1719) השתלות + כיסוי לתרופות שלא כלולות בסל הבריאות + כיסוי לניתוחים בחו"ל

חבילת קו משלים לבריאות - פיצוי משלים לניתוחים + השתלות + סל הזהב

- ◯ (1597 + 1727 + 1716 + 1744) ראשי גבר
- ◯ (1704 + 1716 + 1744) משני אשה
- ◯ (1713 + 1716 + 1744) ילד
- ◯ (1597 + 1728 + 1716 + 1744) ראשי אשה
- ◯ (1702 + 1716 + 1744) משני גבר
- ◯ (1714 + 1716 + 1744) ילדה

חבילת משלים למחלים

סכום פיצוי יומי - (מינימום - 100 ש"ח, מקסימום - 1,000 ש"ח)

מבוטח	◯ (1733+1597) - פיצוי לימי אשפוז חירום	◯ (1005) - פיצוי לימי אשפוז חירום	◯ (1006) - פיצוי לאשפוז אלקטיבי	◯ (1007) - פיצוי לימי החלמה
ראשי	ש"ח		ש"ח	ש"ח
משני		ש"ח	ש"ח	ש"ח
ילדים		ש"ח	ש"ח	ש"ח

ריידרים וכתבי שירות נוספים הניתנים לרכישה

ריידרים		כתבי שירות
◯ (1744) סל הזהב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	◯ (514) בריאות על בטוח + הרחבה ל-1726	◯ (287) **כתב שירות** רופא עד הבית
◯ (1716) השתלות ועוד	◯ (1718) בריא ושלם - אביזרים ושתלים	◯ (342) **כתב שירות** רפואה משלימה אצל ספקי
◯ (334) קו הבריאות 10+		◯ (331) **כתב שירות** - ייעוץ פסיכולוגי
◯ (1005) פיצוי לימי אישפוז חירום - סכום פיצוי יומי _____ ש"ח		◯ (1008) **כתב שירות** - סל שרותים

	מבוטח ראשי		מבוטח משני		
מרפא ארד	◯ (539)	ש"ח	◯ (603)	ש"ח	
מרפא כסף	◯ (540)	ש"ח	◯ (604)	ש"ח	
מרפא זהב	◯ (541)	ש"ח	◯ (605)	ש"ח	
מרפא פלטינה	◯ (542)	ש"ח	◯ (606)	ש"ח	
מרפא לילדים	◯ (834)	ש"ח			

כיסוי מרפא - פיצוי למחלות קשות בפוליסה עצמאית

סוג	ראשי		משני	
		סכום פיצוי למחלות קשות		סכום פיצוי למחלות קשות
ארד	◯ (539 + 1194)	ש"ח	◯ (603)	ש"ח
כסף	◯ (540 + 1194)	ש"ח	◯ (604)	ש"ח
זהב	◯ (541 + 1194)	ש"ח	◯ (605)	ש"ח
פלטינה	◯ (542 + 1194)	ש"ח	◯ (606)	ש"ח
מרפא ילדים			◯ (834)	ש"ח

ביטוח סיעוד

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח | 0 | 1 | | | 2 | 0 | | |

סיעודי 360 (פרמיה קבועה)- 30 יום המתנה

◯ (1504) גובה פיצוי למבוטח ראשי_____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים
◯ (1504) גובה פיצוי למבוטח שני _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים
◯ (1504) גובה פיצוי למבוטח ילד _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	תקופת תשלום התגמול הסיעודי: ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

סיעודי 360 (פרמיה קבועה) – תקופת תשלום התגמול הסיעודי כל החיים

ראשי	◯ (1505) 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	◯ (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)
משני	◯ (1505) 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	◯ (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)
ילד	◯ (1505) 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)	◯ (1506) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 10,000 ש"ח בבית)

עתיר כבוד פרמיה קבועה - 60 יום המתנה

◯ (1537) גובה פיצוי למבוטח ראשי _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1537) גובה פיצוי למבוטח שני _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח חדש

◯ (1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה קבועה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1537) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה קבועה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

חבילת סיעוד פרמיה משולבת (קבועה+משתנה) - מבוטח בעל פוליסה בפרמיה קבועה בתוקף בחברת הפניקס

◯ (1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח ראשי בפרמיה קבועה _____ ש"ח מס' פוליסה _____

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח ראשי בפרמיה משתנה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

◯ (1537) גובה פיצוי נוכחי למבוטח שני בפרמיה קבועה _____ ש"ח מס' פוליסה _____

(1734) גובה פיצוי מבוקש למבוטח שני בפרמיה משתנה _____ ש"ח תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

עתיר כבוד משלים

ראשי: ◯ (1538) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) ◯ (1539) 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח)

שני: ◯ (1538) 60 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח) ◯ (1539) 36 חודשי המתנה _____ ש"ח (מקסימום 20,000 ש"ח)

סיעוד 360^0 - כיסוי למטופל סיעודי בבית ובמוסד

◯ (1745) מבוטח ראשי ◯ (1745) מבוטח שני ◯ (1746) ילד (עד גיל 20) תקופת תשלום התגמול הסיעודי ◯ 60 חודשים ◯ 96 חודשים ◯ כל החיים

כיסויים נוספים הניתנים לרכישה

כיסוי בריאות - בהוספת הכיסויים הבאים יש להוסיף פסקאות 578 ו- 579

סוג הכיסוי	◯ מבוטח ראשי	◯ מבוטח שני
◯ (1716) השתלות ועוד	◯	◯
◯ (1744) סל הזהב	◯	◯
◯ (1718) בריא ושלם	◯	◯
◯ (287) כתב שירות רופא עד הבית	◯	◯

רכישת ביטוחים במסגרת ביטוח חיים (בפוליסה עצמאית נפרדת)

	מבוטח ראשי	מבוטח משני	ילד
ריסק משתנה מידי שנה	◯ (510) ש"ח	◯ (512) ש"ח	
ריסק משתנה מידי 5 שנים	◯ (403) ש"ח	◯ (405) ש"ח	
מוות מתאונה	◯ (909) ש"ח	◯ (909) ש"ח	
נכות מתאונה	◯ (52) ש"ח	◯ (52) ש"ח	◯ (152) ש"ח

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן — מבוטח ראשי — מבוטח שני

1. מבוטח ראשי : גובה ____ משקל ____ מבוטח שני : גובה ____ משקל ____		
לנשים: האם הינך בהריון?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
האם חל שינוי **לא רצוני** של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 21 החודשים האחרונים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם ,מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות ו/או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: אם כן, נא פרט גיל ____ קירבה ____ מחלה ו/או סיבת מוות ____		
מבוטח שני: אם כן, נא פרט גיל ____ קירבה ____ מחלה ו/או סיבת מוות ____		
3. האם יש ו/או הייתה לך נכות קבועה ו/או זמנית, מום מולד, פציעה ו/או מוגבלות גופנית כל שהיא?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא ו/או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?		
מבוטח ראשי: אם כן, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %		
ב. סוג הנכות שנקבעה: ○ נכות זמנית ○ נכות קבועה ○ טרם נקבעה נכות		
מבוטח שני: אם כן, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %		
ב. סוג הנכות שנקבעה: ○ נכות זמנית ○ נכות קבועה ○ טרם נקבעה נכות		
4. האם נטלת בעבר ו/או הינך נוטל תרופות ו/או מקבל טיפול רפואי?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה ____ מינון ____ תרופה ____ מינון ____		
מבוטח שני: כן - ציין תרופה ____ מינון ____ תרופה ____ מינון ____		
5. האם עברת ניתוח בעבר, ו/או הינך מועמד לניתוח, ו/או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי ____ משך האשפוז ____ סיבת האשפוז / הניתוח ____		
מבוטח שני: אם כן - ציין מתי ____ משך האשפוז ____ סיבת האשפוז / הניתוח ____		
6. האם הינך משתמש ו/או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
האם הינך צורך משקאות חריפים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		
7. האם אתה מעשן ו/או עישנת בעבר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום ____ משך העישון בשנים ____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) ____		
מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום ____ משך העישון בשנים ____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) ____		
8. האם היית ו/או הינך חולה, ו/או היו לך סימנים ו/או הפרעות, ו/או היית בטיפול, בהשגחה ו/או במעקב ו/או אושפזת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.		
א. **מחלות לב וכלי דם:** הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים ו/או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה), יתר לחץ דם, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
האם הושתל בגופך קוצב לב ו/או סטנט?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ב. **מחלות ממאירות וגידול סרטני**?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ג. **מחלות כליות, מין ודרכי השתן:** אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס , ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ד. **מחלות עור:** פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ה. **מחלות חילוף חומרים:** סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ו. **מחלות דרכי העיכול:** מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ז. **מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?**	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ח. **מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:** אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ט. **מחלות מערכת החושים:** עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראיה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראיה ושמיעה אחרות?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין ____ שמאל ____		
מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין ____ שמאל ____		
י. **מחלות מערכת הדם / החיסון:** אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
יא. **מחלות מערכת השלד והתנועה:** כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
יב. **מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות:** אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא

הצהרת הבריאות (המשך)

9. האם עברת בדיקות ו/או הינך מועמד לבדיקות (**מלבד בדיקות שבשגרה**), לגילוי סרטן ו/או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, ו/או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה		תאריך	אבחנה
מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה		תאריך	אבחנה
האם הבדיקה היתה תקינה? אנא צרף תוצאות הבדיקות.	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
10. האם יש ו/או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי			
1. האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתיה, ניידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
3. האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מוסד אחר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	
5. האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי, ו/או נאמר לך שהינך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	

פרטים נוספים

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

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

1.	סוכרת	3.	פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5.	נכויות/פציעות	7.	גידולים	9.	שאלון יתר לחץ דם
2.	גב ועמוד השדרה	4.	דרכי הנשימה	6.	דרכי העיכול	8.	בעיות נפשיות	10.	שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטחים

	✓		✓
תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
	✓		✓
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני

הצהרת בריאות לילדים מגיל 5 עד גיל 18

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הילדים המבוטחים

1				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
2				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
3				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ ו/או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן	ילד 1	ילד 2	ילד 3
1. גובה			
משקל			
האם חל שינוי **לא רצוני** של יותר מ- 10% במשקלו במהלך 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2. האם היו במשפחתו (הורים, אחים): יתר לחץ דם ,מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות ו/או נסיונות התאבדות, מקרה מוות. בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית.	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן, נא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה ו/או סיבת מוות _____			
3. האם יש ו/או הייתה נכות קבועה ו/או זמנית? מום מולד, פציעה ו/או מוגבלות גופנית כל שהיא?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
4. האם נטל בעבר ו/או נוטל תרופות ו/או מקבל טיפול רפואי?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן - ציין: שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____ שם הילד _____ תרופה _____ מינון _____			
5. האם עבר ניתוח בעבר, ו/או מועמד לניתוח, ו/או יעצו לו לעבור ניתוח בעתיד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן - ציין: שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____ שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____ שם הילד _____ מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____			
6. האם משתמש ו/או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
האם צורך משקאות חריפים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן, ציין: שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות שם הילד _____ כמות ליום/שבוע _____ כוסיות			
7. האם מעשן ו/או עישן בעבר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן, ציין שם הילד _____ מספר סגריות ליום_____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום_____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ שם הילד _____ מספר סגריות ליום_____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____			
8. האם היה ו/או הינו חולה, ו/או היו לו סימנים ו/או הפרעות, ו/או היה בטיפול, בהשגחה ו/או במעקב ו/או אושפז, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.			
א. **מחלות לב וכלי דם:** הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים ו/או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה, יתר לחץ דם, אחר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
האם הושתל בגופו קוצב לב או סטנט?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
ב. **מחלות ממאירות וגידול סרטני?**	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
ג. **מחלות כליות, מין ודרכי השתן:** אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, בעיה באשכים, בעיות גניקולוגיות, חולה איידס, נשא איידס, אחר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
ד. **מחלות עור:** פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזזת, ציסטות, אחר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
ה. **מחלות חילוף חומרים:** סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא

חתימת ההורה/אפוטרופוס

	✓		✓
תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

עבור לדף הבא

ו.	**מחלות דרכי העיכול:** מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ז.	**מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?**	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ח.	**מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:** אסטמה, אמפיזמה ,מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
ט.	**מחלות מערכת החושים:** עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראיה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראיה ושמיעה אחרות.	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
	אם הינו מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ימין _____ שמאל _____ שם הילד _____ ימין _____ שמאל _____			
י.	**מחלות מערכת הדם / החיסון:** אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
יא.	מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
יב.	מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: טרשת נפוצה, שיתוקים, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
9.	האם עברת בדיקות ו/או הינך ממתין לבדיקות (**מלבד לבדיקות שבשגרה**), לגילוי סרטן ו/או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, ו/או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
	אם כן - ציין שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____ שם הילד _____ סוג הבדיקה _____ תאריך אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה _____			
10.	האם יש ו/או היו לו הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
11.	האם ילדך חש בריא והיה בריא ב- 12 החודשים האחרונים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
	הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי			
1.	האם הינו מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתיה, ניידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
2.	האם קיימת אצלו בעיה של שליטה על הסוגרים?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
3.	האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
4.	האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מוסד אחר?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
5.	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי, ו/או נאמר לו שהינו צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?		○ כן ○ לא	○ כן ○ לא

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת
2. גב ועמוד השדרה
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות
6. דרכי העיכול
7. גידולים
8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם
10. שאלון מחלות כללי

הצהרת ההורה/האפטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוטרופוס על פי חוק הכשרות והאופוטרופסות תשכ"ב- 1962 כי תשובותיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות ו/או לא מלאות ביודעין ו/או לא בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירוף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע יימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמש לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

חתימת ההורה/אפוטרופוס

תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה
	✓		✓

שם ההורה/ אפוטרטפוס				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
שם הילד (1)				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
שם הילד (2)				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה

בכל מקרה של תשובה חיובית יש לפרט למטה ו/או בדף נוסף ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

נא לענות על השאלות הבאות:	ילד 1	ילד 2
1 האם התגלו ו/או נוצר חשש לאחר הלידה ו/או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים ו/או נכות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2 האם הילד אושפז לאחר השחרור מבית החולים ו/או עבר ניתוח כלשהו?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
3 האם יש ו/או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים ו/או משפחה?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
4 האם בוצע ו/או הומלץ על ביצוע של בדיקות הדמיה ו/או בדיקות חודרניות ו/או צילומי רנטגן?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
5 האם הומלץ על תרופות לשימוש שוטף (פרט לאנטיביוטיקה ו/או תרופות להורדת חום)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6 האם אובחנו ו/או היו סימני המחלות הבאות ו/או הליקויים הבאים?		
6.1 בעיות בהתפתחות הילד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.2 ליקויים ו/או מחלות של מערכת השלד והשרירים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.3 מחלות לב ו/או כלי דם?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.4 ליקויים ו/או מחלות של מערכת הנשימה והריאות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.5 ליקויים ו/או מחלות של דרכי השתן ו/או הכליות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.6 ליקויים ו/או מחלות של מערכת העצבים, החושים, בעיות נוירולוגיות, בעיות אוזניים, עיניים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.7 ליקויים ו/או מחלות של מערכת ההפרשה הפנימית, בעיות בחילוף חומרים, סוכרת, מחלת כבד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.8 מחלות ובעיות עור?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.9 מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.10 ליקויים ו/או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.11 האם יש ו/או היו לילד הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
לילדים עד גיל חצי שנה :		
7. יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים ו/או דו"ח (דו"ח אפגר) על הלידה וממצאיה. אם הדו"ח אינו בידי ההורים, ו/או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:		
7.1 באיזה שבוע הייתה הלידה?	שבוע מס'	
7.2 אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים?	מס ימים	
7.3 האם הומלץ בשחרור על מעקב מיוחד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
7.4 מה הייתה דרגת אפגר אחרי 5 דקות? _____		

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת
2. גב ועמוד השדרה
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות
6. דרכי העיכול
7. גידולים
8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם
10. שאלון מחלות כללי

פרטים נוספים (אם המקום אינו מספיק לפירוט - אנא פרט/י בדף נפרד)

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

הצהרת ההורה/האפטרופוס

הנני מצהיר בשם ילדי כאפוטרופוס על פי חוק הכשרות והאופוטרופסות תשכ"ב- 1962 כי תשובותיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות ו/או לא מלאות ביודעין ו/או לא בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירוף ילדי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע יימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: המבקש), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או הזכויות והחובות המוקנות על פי הביטוח של הילדים ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב הבריאות ו/או על מחלות בעבר או בהווה ו/או שתהיינה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב הבריאות ו/או מחלות הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את ילדי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, החברה תהיה רשאית לעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים במבקש ולסוכן הביטוח המטפל בפוליסה.

חתימת ההורה/אפוטרופוס

	✓		✓
תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

הצהרות לביטוח סיעודי

ביטוח סיעודי עם תקופות המתנה ארוכות

פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 חודשים או 60 חודשים משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח או לקבוצות או לקולקטיבים או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסות הסיעוד בצמידות לפוליסות הנ"ל. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד של המבוטח בקופ"ח או בקבוצה או בקולקטיב או בפוליסה פרטית (3 שנים או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 שנים או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי.

לתשומת לבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד 36 או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעודי שבמסגרת קופת חולים או קבוצה או קולקטיב או פוליסת סיעוד פרטית.

האם אתה מבוטח בביטוח הסיעודי של חברי קופ"ח? האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית או פוליסת סיעוד פרטית?	◯ כן ◯ לא	**לתשומת לבך! לא כל חבר אשר הצטרף לשב"ן (ביטוח משלים של קופת חולים) מבוטח בביטוח סיעודי, היות והכיסוי הסיעודי לחברי השב"ן הוא נפרד מן השב"ן**	
קופת חולים	◯ כללית ◯ מכבי ◯ מאוחדת ◯ לאומית	הגוף המבטח	
הקולקטיב המבטח*	שם הקולקטיב	הגוף המבטח	
פוליסה סיעוד פרטית*	הגוף המבטח		

* נא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח - הפניקס).

אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת ◯ קופת החולים ◯ קבוצה או קולקטיב ◯ פוליסה סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'.
ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.

	✓	✓
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת עתיר כבוד תקופת המתנה 36 או 60 חודשים מותנית בהיותו מבוטח בביטוח הסיעודי המצורף לקופות החולים או לקבוצה או לקולקטיב או לפוליסה פרטית. כמו כן הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת עתיר כבוד כולל תקופת המתנה בת ה-36 או 60 חודשים ובהם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.
על פי מה שנמסר לי אישית על ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת קופת חולים, קבוצה או קולקטיב, פוליסה פרטית מתאימה.

		✓
תאריך		חתימת הסוכן

המדריך לקונה הסיעודי

הריני מצהיר בזאת כי קיבלתי לידי את המדריך לקונה ביטוח סיעודי.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרות

משלים שב"ן - גילוי נאות

א. 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.

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

ג. 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).

ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

הצהרת המבוטח למשלים שב"ן

○ אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.

○ אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופס/ית טבעי/ת.

	✓	✓
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

הצהרת / ויתור על סודיות רפואית

שם מבוטח ראשי	ת.ז.	שם מבוטח שני	ת.ז.

1. אני/ו החתום/ים מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. (4) תשובתי/ו ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".
הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
2. אני הח"מ מסכים כי לפי בקשתי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או בעיות.
3. אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

	✓	✓	✓
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

	✓	✓
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

אישור סוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.

		✓
תאריך		חתימת הסוכן

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסויי בריאות)

האם בידיך פוליסות בריאות שבתוקף?	◯ כן ◯ לא
במקרה שהתשובה היא כן:	
1. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):	
עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא	◯ כן ◯ לא
תסולקנה באופן חלקי או מלא	◯ כן ◯ לא
תסתיימנה בכל דרך אחרת	◯ כן ◯ לא
2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:	
בכיסויים הביטוחיים	◯ כן ◯ לא
בסכומי הביטוח או בפרמיה	◯ כן ◯ לא

חתימות

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו- 2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

שם המבוטח	מס' ת.ז.	טלפון בבית	טלפון נייד
			✓
תאריך			חתימת המבוטח

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף: ◯ כן ◯ לא

		✓
שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן
		✓
תאריך		חתימה / חותמת הסוכנות