הפניקס חברה לביטוח בע"מ | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ
פקס החברה לביטוח: 03-5735111 | פקס פנסיה וגמל: 03-7329021
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

"מסלול לחיים" - הצעה לביטוח בתוכנית רגילה

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

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

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

פרטי בעל הפוליסה

○ מבוטח ○ אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה ולחתום על סעיף הצהרה ראשונה (ראה דף הצהרות) על פי צו איסור הלבנת הון - בפרמיה שנתית מעל 20,000 ש"ח

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	כתובת	טלפון

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
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
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. נא סמן ○ לא ○ כן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק 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 או באורח חייך	○ לא ○ כן, פרט
○ לא ○ כן, העבר שאלון טיס	האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	○ לא ○ כן, העבר שאלון טיס
○ לא ○ כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	○ לא ○ כן, פרט
○ לא ○ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	○ לא ○ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות
○ לא ○ כן, פרט	האם קיימות בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף? אם כן, יש למלא ולחתום על שאלון החלפה	○ לא ○ כן, פרט

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למקרה מוות					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		
למקרה חיים					ז / נ		
					ז / נ		

מינוי מוטבים - למבוטח השני

	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למקרה מוות					ז / נ		
					ז / נ		
					ז / נ		
למקרה חיים					ז / נ		
					ז / נ		

פרטי הילדים

לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן "קרן הפנסיה" יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21.

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
4				◯ זכר ◯ נקבה	
	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה

	✓ רגילה	ש"ח*	תוכנית להון בלבד
תאריך התחלת הביטוח	תכנית הביטוח	תשלום תקופתי	

מסלול לחיים - הפוליסה המבוקשת (סמן ✓ לבחירת הפוליסה המבוקשת)

	קוד מוצר	שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר
◯	Q	מסלול לחיים שירות	7% קבוע	1.4%
◯	P	מסלול לחיים משולב פלוס	9% יורד עד 3%	1.2%
◯	U	מסלול לחיים צבירה	0% קבוע	2%

להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס

שנה	0-3	3-6	6	7	8	9	10 ואילך
דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%

מסלול השקעות

◯ כללי 1 %

מסלול אחר

◯ אג"ח צמודי מדד %

◯ אג"ח 1 (לפחות 60% אג"ח) %

◯ אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח) %

◯ מניית 1 - (לפחות 50% מניות) %

מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד

◯ ש"ח לא כולל צבירה ◯ ש"ח כולל צבירה

◯ סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה

מס' סידורי	סכום חודשי בשקלים	לתקופה (בשנים)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

סכום הביטוח אשר יירכש בפוליסה יחושב לפי ריבית תחשיבית ברוטו בשיעור שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול בשיעור שנתי של 0.5%.

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
◯ פיצוי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* _____ ש"ח לחודש		◯ פיצוי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* _____ ש"ח לחודש	
◯ ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6	◯ ביטוח יסודי בפרמיה קבועה (825)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6
◯ ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6	◯ ביטוח יסודי בפרמיה משתנה (805)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6
◯ ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (827, 826)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6	◯ ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (827, 826)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6
◯ ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (829, 828)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6	◯ ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (829, 828)	תקופת המתנה ◯ 3 ◯ 6
◯ שחרור בלבד ◯ בפרמיה קבועה (827) ◯ בפרמיה משתנה (829)		◯ שחרור בלבד ◯ בפרמיה קבועה (827) ◯ בפרמיה משתנה (829)	
◯ האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? ◯ לא ◯ כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח		◯ האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? ◯ לא ◯ כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	

הרחבות לאובדן כושר עבודה בא לסמן קוד אחד בלבד

הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה ◯ הרחבה רגילה (4) ◯ הרחבה משופרת (6) ◯ הרחבה מושלמת (8)

הרחבה כולל החרגת תאונות עבודה ◯ הרחבה רגילה (3) ◯ הרחבה משופרת (5) ◯ הרחבה מושלמת (7)

◯ פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) ◯ שכרך החודשי _____

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד	◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)
הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך	ש"ח ש"ח

"עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

מבוטח ראשי	מבוטח שני
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? ◯ קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ ◯ קרן פנסיה חדשה: ◯ גובה פנסית הנכות _____ ש"ח שם הקרן _____ החל מתאריך _____	האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? ◯ קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ ◯ קרן פנסיה חדשה: ◯ גובה פנסית הנכות _____ ש"ח שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* _____ ש"ח לחודש **(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)**	פיצוי חודשי (3 חודשי המנתנה) לגיל 67* _____ ש"ח לחודש **(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיית הנכות)**
◯ ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה ◯ בפרמיה קבועה (1510) ◯ בפרמיה משתנה (1511)	◯ ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה ◯ בפרמיה קבועה (1510) ◯ בפרמיה משתנה (1511)
◯ ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה ◯ בפרמיה קבועה (1514) ◯ בפרמיה משתנה (1515)	◯ ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה ◯ בפרמיה קבועה (1514) ◯ בפרמיה משתנה (1515)
הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים ◯ הרחבה משופרת	

*במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

השתנות פרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכסויים בפרמיה משתנה בלבד	◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)
הגבלת הפרמיה לכסוי תהיה עד לסך	ש"ח ש"ח

הערה

בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -

מעל - בנוסף לתקציב - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.

מתוך התקציב - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותירכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.

אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, יירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.

במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחדל מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח ראשי*

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
◯ ריסק משתנה מידי שנה (511)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ מוות מתאונה (909)			ש"ח
◯ נכות מתאונה (52)			ש"ח
◯ מרפא ◯ פלטינה (523) ◯ זהב (522) ◯ כסף (521) ◯ ארד (520)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ נכות מקצועית (58)			ש"ח
◯ נכות רגילה (57)			ש"ח
◯ השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			
◯ גשר - שחרור מבפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (68) (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)	לתשומת לבכם - גיל מינימלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ מקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום נוכחי קטן משנה) _____ האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? ◯ כן ◯ לא		

טבלה ב' - ביטוחים נוספים למבוטח השני*

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
◯ ריסק משתנה מידי שנה (512)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ ריסק משתנה מידי 5 שנים (405)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ מוות מתאונה (909)			ש"ח
◯ נכות מתאונה (52)			ש"ח
◯ מרפא ◯ פלטינה (533) ◯ זהב (532) ◯ כסף (531) ◯ ארד (530)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (347)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ נכות מקצועית (58)			ש"ח
◯ נכות רגילה (57)			ש"ח
◯ השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			

ביטוחים נוספים לילדים*

סוג הכיסוי	סכום	השתנות הפרמיה תגבה (ראה הערה בהמשך)	הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך
◯ נכות מתאונה (152)			ש"ח
◯ מרפא לילדים (834)		◯ מעל, בנוסף לתקציב (3) ◯ מתוך התקציב (1)	ש"ח
◯ השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744)			

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס

שם בעל הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל הכרטיס

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד

בנק	סניף
כתובת הסניף	

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

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. בא 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
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
קוד מוסד	611		

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

הצהרות

שם מבוטח ראשי	ת.ז.	שם מבוטח שני	ת.ז.

1. אני/ו החתומ/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל 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 ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה. (4) תשובתיי 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. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: 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. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.
3. אני הח"מ מסכים כי על פי 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 טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
4. 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" 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.
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

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

על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

במקרה של תשלום שנתי העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום תעודת זהות (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ המבוטח הראשי מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת ומבוטח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהוה עבירה פלילית.

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
	✓	✓

לתשומת לבך,

מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה.

הערה זו מתייחסת לפעולות הבאות: פדיון מלא או חלקי, שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי השקעה

מינוי סוכן 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 המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
	✓	✓

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
	✓	✓

אישור הסוכן

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	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחותמת הסוכן
			✓

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן — 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 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם ,מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא

מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		קירבה		מחלה או סיבת מוות
מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		קירבה		מחלה או סיבת מוות

3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות 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, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	◯ 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 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 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 או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב 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 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 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, גזזת, 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, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		שמאל	
מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא 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

חתימת המבוטחים

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

עבור לדף הבא

הצהרת הבריאות (המשך)

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
9. האם עברת בדיקות או הינך מועמד לבדיקות (**מלבד בדיקות שבשגרה**), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	◯ 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 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

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'
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 עד גיל 5

שם ההורה/ אפוטרופוס				◯ 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 או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
2 האם הילד אושפז לאחר השחרור מבית החולים או עבר ניתוח כלשהו?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
3 האם יש או היה מעקב אצל רופאים מומחים שאינם רופאי ילדים 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 או מחלות של הפה, הגרון, דרכי העיכול?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
6.11 האם יש 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 או דו"ח (דו"ח אפגר) על הלידה וממצאיה. אם הדו"ח אינו בידי ההורים, או במקרה והמכירה נעשית טלפונית, יש לענות על השאלות הבאות:		
7.1 באיזה שבוע הייתה הלידה?	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 ב- 1962 כי תשובותיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או לא בכוונה מקנות 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

הצהרת בריאות לילדים מגיל 5 עד גיל 18

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

פרטי הילדים המבוטחים

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

קופ"ח	שם רופא מטפל	פרטי ההורה בפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאותו של הילד כדלקמן	שם ילד 1	שם ילד 2	שם 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 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 או סיבת מוות _____			
3. האם יש או הייתה נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא	○ כן ○ לא
4. האם נטל בעבר או נוטל תרופות 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, או מועמד לניתוח, 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 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 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 או הינו חולה, או היו לו סימנים או הפרעות, או היה בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפז, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.			
א. **מחלות לב וכלי דם:** הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים 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
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

חתימת ההורה/אפוטרופוס

תאריך	✓ ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	✓ חתימה

עבור לדף הבא

הצהרת בריאות לילדים מגיל 5 עד 18 - המשך

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 או היגך ממתין לבדיקות (**מלבד לבדיקות שבשגרה**), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	○ כן ○ 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 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

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

רשימת שאלוני המשך

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

הצהרת ההורה/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 או לא מלאות ביודעין 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".

חתימת ההורה/אפוטרופוס

	✓		✓
תאריך	ההורה/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

על פי סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2004/10

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:

האם בידיך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?	◯ כן ◯ לא	
במקרה שהתשובה היא כן:		
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח חיים הקיימות שבידיך:		
יבוטלו	◯ כן ◯ לא	
ייפדו באופן חלקי או מלא	◯ כן ◯ לא	
יסולקו באופן חלקי או מלא	◯ כן ◯ לא	
ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן	◯ כן ◯ לא	
ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	◯ כן ◯ לא	

האם בידיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?	◯ כן ◯ לא	
במקרה שהתשובה היא כן:		
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:		
בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי	◯ כן ◯ לא	
בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח	◯ כן ◯ לא	

	האם בידיך פוליסות בריאות שבתוקף?	◯ כן ◯ לא	
	במקרה שהתשובה היא כן:		
	כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):		
1.	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 הראשי	חתימת המבוטח השני	

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:		◯ כן ◯ לא	
שם הסוכן	מס' הסוכן	חתימת הסוכן	
תאריך		חתימת/חותמת הסוכנות	