



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

פרטים אישיים	מבוטח ראשי	מין-ז/נ	מבוטח שני	מין-ז/נ	ילד 1	מין-ז/נ	ילד 2	מין-ז/נ	ילד 3	מין-ז/נ
שם משפחה+ פרטי										
תעודת זהות										
תאריך לידה										
מקצוע / עיסוק										
תחביב מסוכן										
מצב משפחתי										
קופת חולים:										
האם הנך משתמש ברכב דו גלגלי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם מעוניין בביטול חריג לרכב הנך דו גלגלי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם הנך עוסק בספורט אתגרי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם הנך מעוניין בביטול חריג ספורט אתגרי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

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

ישוב:	מיקוד:	רחוב:	בית:	טלפון:	נייד:
שם המוטב במקרה מוות					
ת.ז המוטב					
% החלק					

פירוט הכיסוי המבוקש - סמן המבוקש	התאריך המבוקש להתחלת ביטוח:
(1829) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לראשי בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)	01
(1822) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לשני בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)	
(1821) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לילד 1 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)	
(1821) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לילד 2 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)	
(1821) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לילד 3 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)	
(1823) <input type="checkbox"/> כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח ועד מקסימום 200,000 ש"ח)	

פיצויי שבועי - כתוצאה מתאונה - אופציונאלי לגילאי 21-67 :			
(1824) <input type="checkbox"/> 52 שבועות	מבוטח הראשי: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).	(1828) <input type="checkbox"/> 104 שבועות	מבוטח הראשי: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).
(1824) <input type="checkbox"/> 52 שבועות	מבוטח השני: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).	(1828) <input type="checkbox"/> 104 שבועות	מבוטח השני: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).
פיצויי שבועי - משופר לנכות תעסוקתית - מתאונה ומחלה (מחייב מילוי הצהרת בריאות מלאה)			
מועמד ראשון ב.ס		מועמד שני ב.ס	
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
52 שבועות	104 שבועות	52 שבועות	104 שבועות
פרמיה	תקופת המתנה	פרמיה	תקופת המתנה
<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה (1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 7 ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה (1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 7 ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה (1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 14 ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1884) <input type="checkbox"/> משתנה (1885)	<input type="checkbox"/> 14 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 14 ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 7 ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 7 ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 14 ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 14 ימי תאונה
<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 28 ימי תאונה	<input type="checkbox"/> קבועה (1848) <input type="checkbox"/> משתנה (1849)	<input type="checkbox"/> 28 ימי מחלה <input type="checkbox"/> 28 ימי תאונה

יש לבחור מסלול פרמיה קבועה או משתנה ותקופת פיצוי \*ניתן לרכוש עד 1,000 ש"ח לשבוע בכל מוצרי הפיצוי בביטוח תאונות ביחד

הצהרת בריאות - תאונות אישיות										
א.	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	האם את/ה סובלת/מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?
ב.	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודות? האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?
ג.	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	האם יש לך נכות קיימת, קבועה או זמנית כלשהי מעל 20% ו/או האם הינך בהליכי תביעה כיום?
הצהרה נוספת של הרוכשים פיצויי שבועי לאובדן כושר עבודה:										
ד.	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית- האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרט:

הצהרת בריאות מלאה (יש למלא בנוסף עבור פיצוי שבועי מתאונה ומחלה)										
ראשי		שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
גובה										
משקל										
לנשים : האם את בהריון כן/לא										
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ 10% במשקלך במהלך 12 ח' האחרונים?										
1. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת תרופות?										
אם כן -אבחנה: תרופה מינון:										
2. האם אושפזת ב 5 השנים האחרונות? האם יש נכות?										
אם כן -מתי? משך האשפוז סיבת האשפוז										
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?										
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, נא פרט :										
א. אחוז הנכות: % ב. סוג הנכות: זמנית / קבועה / טרם נקבעה נכות										
4. האם הינך סובלת/או סבלת בעבר מ : שטף דם מוחי , CVA ( מחלות לב, הפרעות בקצב הלב , מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות , מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם, גאוסט (שיגדון ,) יתר לחץ דם סוכרת?										
5. האם הינך סובלת/או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת- גידול סרטני, מחלות ריאה(אסטמה)עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות(למרכיבי משקפיים לציין 2'א ופטריות)מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, טרשת נפוצה, הפרעות נפשיות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים(ארטריטיס)מחלות עור, בעיות שרירים?										
אם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות :ימין שמאל										
6. האם הינך סובלת/ממחלות איידס ו/או נשאות האיידס?										
7. האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות(פרט לבדיקות שבשגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, צינטור, CT, MRI אולטרסאונד, אקו או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים?										
אם כן ציין :סוג הבדיקה תאריך אבחנה האם הבדיקה תקינה ?										
8. האם יש לך או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט										
האם הינך מעשן/ת או עישנת בעבר?										
אם כן כמה סיגריות ליום? משך עישון בשנים מועד הפסקת עישון( אם עישנת בעבר )										
האם הינך משתמש או השתמשת בסמים?										
האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן – ליום/שבוע כוסיות										
<b>שאלוני המשך</b>										
אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית. אנא פרט בהמשך או על דף נפרד (כולל דרגת קרבה וסוג המחלה או הסרטן)										
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										

הצהרות			
אני/ו החתומים/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים, מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כדלקמן: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו 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 ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. תשובתי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981- וישמשו לצרכי הביטוח בקבוצת הפניקס. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעית.			
חתימת מבוטח ראשי/המצהיר:	חתימת בן הזוג:	חתימת ילד 1 מעל גיל 18:	חתימת ילד 2 מעל גיל 18:
חתימת ילד 3 מעל גיל 18:			

ויתור על סודיות רפואית			
אני הח"מ המבוטח, נותנת/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 אחרים 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, 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 שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או 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 ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.			
חתימת מבוטח ראשי/המצהיר:	חתימת בן הזוג:	חתימת ילד 1 מעל גיל 18:	חתימת ילד 2 מעל גיל 18:
חתימת ילד 3 מעל גיל 18:			

פרטי גביה			
מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי	מס' זהות

אופן התשלום (סמן ב-√):			
<input type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> רבע שנתי	<input type="checkbox"/> חצי שנתי	<input type="checkbox"/> שנתי

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/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים לביטוח ו/או יוסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.			

גרסה מודפסת ספטמבר 2014 מק"ט 25	תאריך:	חתימת הסוכן:	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה/מועמד ראשי:	חתימת ילד 1 מעל גיל 18:	חתימת ילד 2 מעל גיל 18:	חתימת ילד 3 מעל גיל 18:
---------------------------------	--------	--------------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------