

אני/אנו החתומים 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					יוליא וולסלי					
תעודת זהות					123456789					
תאריך לידה					11/11/1999					
מקצוע / עיסוק					אזליז					
תחביב מסוכן					כריכת סוסים					
מצב משפחתי										
קופת חולים:					אכמי					
האם הנך משתמש ברכב דו גלגלי?	<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 מעוניין בביטוח חריג לרכב הנך דו גלגלי?	<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 עוסק בספורט אתגרי?	<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 מעוניין בביטוח חריג ספורט אתגרי?	<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"/>

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

ישוב: ורמתי	מיקוד: 9790	רחוב: טלמה רחוב	בית: 5	טלפון: 050-123456789	נייד: 050-123456789
שם המוטב במקרה מוות	יוליא וולסלי				
ת.ז המוטב	123456789				
% החלק	100%				

פירוט הכיסוי המבוקש - סמן המבוקש	התאריך המבוקש להתחלת ביטוח:	01
1820) כיסוי תאונות אישיות לראשי בסכום ביטוח יסודי של: 50,000 (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)	5/11/2019	
1822) כיסוי תאונות אישיות לשני בסכום ביטוח יסודי של: 50,000 (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)		
1821) כיסוי תאונות אישיות לילד 1 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: 50,000 (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)		
1821) כיסוי תאונות אישיות לילד 2 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: 50,000 (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)		
1821) כיסוי תאונות אישיות לילד 3 בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: 50,000 (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)		
1823) כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: 50,000 (מינימום 50,000 ש"ח ועד מקסימום 200,000 ש"ח)		

פיצוי שבועי - כתוצאה מתאונה - אופציונאלי לגילאי 21-67:	
1824) 52 שבועות	1828) 104 שבועות
מבוטח הראשי: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).	מבוטח הראשי: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).
מבוטח השני: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).	מבוטח השני: גובה הפיצוי השבועי _____ (עד 1,000 ש"ח לשבוע).
פיצוי שבועי - משופר לנכות תעסוקתית - מתאונה ומחלה (מחייב מילוי הצהרת בריאות מלאה)	
מועמד ראשון 0.6 ש"ח	מועמד שני 0.6 ש"ח
52 שבועות	104 שבועות
תקופת המתנה	תקופת המתנה
קבועה (1884)   משתנה (1885)	קבועה (1884)   משתנה (1885)
14 ימי מחלה   7 ימי תאונה	14 ימי מחלה   7 ימי תאונה
28 ימי מחלה   14 ימי תאונה	28 ימי מחלה   14 ימי תאונה
14 ימי מחלה   7 ימי תאונה	14 ימי מחלה   7 ימי תאונה
28 ימי מחלה   14 ימי תאונה	28 ימי מחלה   14 ימי תאונה
14 ימי מחלה   7 ימי תאונה	14 ימי מחלה   7 ימי תאונה
28 ימי מחלה   14 ימי תאונה	28 ימי מחלה   14 ימי תאונה
7 ימי מחלה   3 ימי תאונה	7 ימי מחלה   3 ימי תאונה
14 ימי מחלה   7 ימי תאונה	14 ימי מחלה   7 ימי תאונה
28 ימי מחלה   14 ימי תאונה	28 ימי מחלה   14 ימי תאונה
14 ימי מחלה   7 ימי תאונה	14 ימי מחלה   7 ימי תאונה
28 ימי מחלה   14 ימי תאונה	28 ימי מחלה   14 ימי תאונה

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

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
										לגשים : 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 /או תחת השגחה רפואית /או נוטלת תרופות?
										אם כן -אבחנה: תרופה מינון:
										2. האם אושפדת 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, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
										האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל למלא 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, עורף שומנים בדם, גאוט (שיגדון) ו/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 העיניים לציני 2 אי ופטריית) מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, טרשת נפוצה, הפרעות נפשיות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, אוסטאופורוזיס, מחלות פרקים(ארטריטיס) מחלות עור, בעיות שרירים?
										אם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאפטריות 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, MRI, CT, אולטרסאונד, לקו 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?
										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
										שאלוני המשך
										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 המשימה. 5. נכויות/פציעות. 6. דרכי העיכול. 7. גידולים. 8. בעיות נפשיות. 9. שאלון יתר לחץ דם. 10. שאלון מחלות כללי

**הצהרות**

אני/ו החתומים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזמני הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים: מסכימים ומתחייבים 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 שיקול משעמכם קבלת החיית קבלת ההצעה. 4. הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוק 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: \_\_\_\_\_

אני הח"מ המבוטח, נתן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה 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 ל"הפניקס" חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ולא 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי הפניקס ו/או תהיה 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" ולספק 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: 5326123456789000 תוקף הכרטיס: 01/2016 שם בעל כרטיס האשראי: יואל יואל מס' זהות: 123456789

אופן התשלום (סמן ב-X): חודשי 0 רבע שנתי 0 חצי שנתי 0 שנתי 0

**אישור הסוכן**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, סוכנת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשרת ומצהירה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

גרסה מודפסת: ספטמבר 2014 מק"ט 25

חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה/מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד: \_\_\_\_\_ חתימת ילד 1 מעל גיל 18: \_\_\_\_\_ חתימת ילד 2 מעל גיל 18: \_\_\_\_\_ חתימת ילד 3 מעל גיל 18: \_\_\_\_\_