

קוד מסמך 100

הצעה לביטוח חיים (עד 1,500,000 ש"ח)

פרטי סוכן/יועץ		
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	מס' הצעה

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					
<input type="radio"/> מועמד לביטוח <input type="radio"/> אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.
דואר אלקטרוני		מיקוד			

פרטי המועמד הראשון לביטוח			פרטי המועמד השני לביטוח		
שם משפחה	שם פרטי	מין	שם משפחה	שם פרטי	מין
ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
טלפון		נייד	טלפון		נייד
קופת חולים	מקצוע	עיסוק	קופת חולים	מקצוע	עיסוק

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
דואר אלקטרוני					

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

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. כן לא

ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש לך תחביבים או אורח חיים עם סיכון מיוחד (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

אופן גביה ותשלום		
<input type="radio"/> 1 לחודש <input type="radio"/> 10 לחודש	<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	<input type="radio"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ¹
		<input type="radio"/> הודעת תשלום ²
יום גביה מבוקש	<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	<input type="radio"/> כרטיס אשראי
	אופן התשלום	<input type="radio"/> אמצעי תשלום בפוליסה אופן הגביה

* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

1. לתשומת ליבך, יום הגביה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגביה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

2. הודעת תשלום תשלח לכתובת בעל הפוליסה לאחר ה- 17 לכל לחודש בגין התשלום לחודש הבא. עבור חודשי ביטוח שמועד הפקת השובר שלהם חלף - יש לבצע תשלום בהמחאה/הפקדה בנקאית לאחד מחשבונות הפניקס.

מינוי מוטבים - למועמד ראשון לביטוח							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	

מינוי מוטבים - למועמד שני לביטוח							
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	
				נ	ז	נ	

ביטוח יסודי		
<input type="radio"/> ריסק 1 (510) <input type="radio"/> ריסק 5 (403) סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח ש"ח _____ (מקסימום עד סכום ביטוח בגובה 1,500,000 ש"ח)		
<input type="radio"/> תוספת של 100% לסכום הביטוח למקרה פטירה כתוצאה מתאונה - תעריף מוזל בהתאם למדיניות החברה (קוד פנימי 42170) <input type="radio"/> מועמד ראשון <input type="radio"/> מועמד שני		
ביטוחים נוספים	מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
<input type="radio"/> רמה 1 (512) <input type="radio"/> רמה (405)		ש"ח
<input type="radio"/> מוות מתאונה	ש"ח	ש"ח
<input type="radio"/> נכות מתאונה	ש"ח	ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (346)	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (347)
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (346)	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (347)
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (346)	ש"ח לחודש לתקופה של _____ שנים (347)

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד ראשון לביטוח	
<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה ש"ח לחודש שכר החודשי ש"ח _____	
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי ש"ח _____	
השתנות הפרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכיסויים בפרמיה משתנה בלבד.	
<input type="radio"/> הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך ש"ח _____ <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3)	
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829)
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)
תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12	

נא לסמן הרחבות מבוקשות	
<input type="radio"/> ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)	
<input type="radio"/> פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)	
נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:	
נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה* <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)	
נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	
*מותנה ברכישת הרחבה 9	
<input type="radio"/> הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול	
<input type="radio"/> הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימלי 55	
לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי הרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9	

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד שני לביטוח

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה ש"ח לחודש _____ שכר החודשי _____ ש"ח	
<input type="radio"/> ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	
<input type="radio"/> השתנות הפרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכיסויים בפרמיה משתנה בלבד.	
<input type="radio"/> הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך _____ ש"ח <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3)	
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829)
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)
<input type="radio"/> תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12	
נא לסמן הרחבות מבוקשות	
<input type="radio"/> ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)	
<input type="radio"/> פרנצ'יז'ה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)	
נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:	
נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה* <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)	
נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)	
<small>* מותנה ברכישת הרחבה 9</small>	
<input type="radio"/> הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול	
<input type="radio"/> הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימלי 55	
לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי ההרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10	

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, ירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.
 במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחל מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם המועמד הראשון לביטוח	ת.ז.	שם המועמד השני לביטוח	ת.ז.
1. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו: אני מצהיר מסכים ומתחייב 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 שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין 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 שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובותי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר המידע של קבוצת "הפניקס" 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, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.			
4. אני הח"מ, המועמד לביטוח, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"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 בירור הזכויות והחובות המוקנות על ידי פוליסה זו ובצורה שתידרש על ידי 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 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. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.			
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס". למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המועמדים לביטוח

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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	תאריך						

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	תאריך						

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.

<input checked="" type="checkbox"/>									
חתימה וחתימת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך						

שאלון החלפה / שינוי בפוליסת ביטוח חיים/בריאות

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

מועמד ראשון לביטוח	האם בידך פוליסה/ות ביטוח שבתוקף?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
	ביטוח חיים:		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
מועמד שני לביטוח	ביטוח בריאות:		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
	האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסה/ות הביטוח?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
		2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: בתנאי התוכנית כגון בכיסויים הביטוחיים להם הינך זכאי; בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	תאריך							

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
חתימת הסוכנת	חתימת הסוכן	תאריך							

הצהרת בריאות		
מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן
		גובה _____
		משקל _____
		לנשים: האם הינך בהריון? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
		האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
		1 האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? מועמד ראשון לביטוח: מתי: _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____ מועמד שני לביטוח: מתי: _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____
		2 האם הינך נמצאת/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת/ת תרופות מועמד ראשון לביטוח: אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____ מועמד שני לביטוח: אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____
		3 האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא (5)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
		האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? אם כן, נא פרט: _____ מועמד ראשון לביטוח: א. מהו אחוז הנכות % _____ ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="checkbox"/> נכות זמנית <input type="checkbox"/> נכות קבועה <input type="checkbox"/> טרם נקבעה נכות מועמד שני לביטוח: א. מהו אחוז הנכות % _____ ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="checkbox"/> נכות זמנית <input type="checkbox"/> נכות קבועה <input type="checkbox"/> טרם נקבעה נכות
		4 האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עורף שומנים בדם (10), יתר לחץ דם (9), סוכרת? (1).
		5 האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת - גידול סרטני (7), מחלות ריאה, אסטמה (4), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים (5)(10), הפרעות נפשיות (8), מחלות דרכי עיכול (6), מחלות/ כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2) ומחלות פרקים (3) מועמד ראשון לביטוח: נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____ מועמד שני לביטוח: נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____
		6 האם הינך סובלת/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
		7 האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגלוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, צינטור, C.T, M.R.I, אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים. אם כן ציין, מועמד ראשון לביטוח: סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט: _____ מועמד שני לביטוח: סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט: _____
		8 האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? מועמד ראשון לביטוח - פרט: _____ מועמד שני לביטוח - פרט: _____
		האם אתה מעשן או עישנת בעבר? אם כן- מועמד ראשון לביטוח: ציין מספר סגריות ליום _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____ מועמד שני לביטוח: ציין מספר סגריות ליום _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
		האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? מועמד ראשון לביטוח: אם כן, ציין כמות _____ כוסיות _____ ליום _____ שבוע _____ מועמד שני לביטוח: אם כן, ציין כמות _____ כוסיות _____ ליום _____ שבוע _____
מועמד ראשון לביטוח: _____		
מועמד שני לביטוח: _____		

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

התימות				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
				<input checked="" type="checkbox"/>
				<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד השני לביטוח

טופס אמצעי תשלום

<p>← תשלום באמצעות כרטיס אשראי</p> <p> <input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר </p>	
תוקף	מס' כרטיס האשראי
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.

מס' פוליסה/הצעה	מס' קולקטיב	לשימוש פנימי
-----------------	-------------	--------------

<p>← תשלום באמצעות הוראת קבע</p>	
<p>לכבוד</p> <p>בנק</p> <p>סניף</p> <p>כתובת הסניף</p>	<p>מס' החשבון בבנק</p> <p>611</p> <p>קוד מוסד</p> <p>קוד בנק</p> <p>קוד סניף</p> <p>סוג החשבון</p> <p>אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</p>

1	<p>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</p> <p>מס' ת.ז.</p> <p>מס' ח.פ.</p>	<p>אני/ו החתומים/מטה</p> <p>כתובת</p> <p>רחוב</p> <p>מספר</p> <p>עיר</p> <p>מיקוד</p>
2	<p>ידוע לי/לנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>	<p>3 ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".</p> <p>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.</p> <p>5 הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p> <p>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.</p> <p>7 נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p>

<p>← פרטי ההרשאה</p> <p>סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימת בעל החשבון	

אישור הבנק

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

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435
טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצועו, 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 בהחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
-------------------------------------	-------	---------	------------	-------------------