

חומת תאריך קבלה בחברה	תאריך מבוקש לתחילת הביטוח	קוד מסמך: 100	טופס הצעה לביטוח חיים ובריאות
-----------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------------------

פרטי הסוכן					
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	שם נציג מכירות הפניקס	מס' צוות	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.
מיקוד			דואר אלקטרוני		

פרטי המועמדים לביטוח והמוטבים

פרטי מועמד ראשון / בעל הפוליסה				פרטי מועמד שני			
שם משפחה	שם פרטי	מין	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מין	ת.ז.
מס' יישוב		מיקוד		מס' יישוב		מיקוד	
כתובת (רחוב)		בית		כתובת (רחוב)		בית	
דואר אלקטרוני		מיקוד		דואר אלקטרוני		מיקוד	
טלפון		נייד		טלפון		נייד	
דואר אלקטרוני		פקס		דואר אלקטרוני		פקס	
שם התוכנית		משלים קופת חולים		שם התוכנית		משלים קופת חולים	
תחביב מסוכן		מקצוע / עיסוק בפועל		תחביב מסוכן		מקצוע / עיסוק בפועל	

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ כן לא
 הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע 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.

ב. פרטי הילדים (עד גיל 21)					
שם הילד (רשום שם משפחה אם שונה)	קופ"ח	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין	ילד
					1
					2
					3
					4

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

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

מינוי מוטבים - למועמד שני לביטוח											
שם	ת.ז.	תאריך לידה			כתובת	מין	קריבה	% חלקים	למקרה מוות		
						נ	20				
						נ	20				
						נ	20				

הביטוחים המוצעים - אנא סמן V בעיגול בתוכנית הנבחרת

ד. ביטוח בריאות כללי							
חבילות	קו ראשון	קו ראשון פלוס	קו כסף מרחיב שב"ן	קו הכסף	קו פיצוי מהיר	קו פיצוי מהיר מצומצם	
תוכנית ביטוח בריאות	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7723) סל הזהב (7744)	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7723) סל הזהב (7744) ניתוחים בחו"ל (5719)	ניתוחים משלים שב"ן + טיפולים מחליפי ניתוח (7017) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7722) סל הזהב (7744) ניתוחים בחו"ל (7324)	ניתוחים מהשקל הראשון (7018) ניתוחים בחו"ל (7324) טיפולים מחליפי ניתוח (7980)	פיצוי לניתוחים (7725)	פיצוי מצומצם לניתוחים (6725)	
	אופציונלי - להוספה סמן V						
				השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7722) סל הזהב (7744)	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7722) סל הזהב (7744) ניתוחים בחו"ל (7732) טיפולים מחליפי ניתוח (7980)	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (7722) סל הזהב (7744) ניתוחים בחו"ל (7732)	
	מועמד ראשון	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	מועמד שני	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

* קו מהיר עצמאי לילד - יסודי 5725 / קו כסף עצמאי לילד - יסודי 7021 / קו כסף מרחיב שב"ן עצמאי לילד - יסודי 8017

כיסויים נוספים - אופציונלי	רפואה מותאמת אישית מבוססת גנטיקה	גנטיקס	שירותים אמבולטוריים	הפניקס אלטרטיבה	קו הספורט*	בריא ושלם*	כתב שירות תזונה בהתאמה אישית**	כתב שירות מהירה	כתב שירות רופא אישי	כתב שירות לא לבד	כתב שירות פסיכולוגיים	כתב מקבץ סל מקבץ סל שירות	כתב שירות רפואה משלימה	כתב שירות כמו דודל פלוס
5209	7986	2332	185	1718	5210	2986	2987	2004	331	1008	342	7329		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* נמכר עם בריאות כסף / קו פיצוי מהיר ** ההצטרפות לכתב השירות "תזונה בהתאמה אישית" למועמדים מגיל 18 ומעלה בלבד - הספרות המופיעות בטופס ההצעה הינם לשימוש משרדי בלבד

חבילת משלים למחלים (מינימום 100 ש"ח, מקסימום 1,000 ש"ח)		פוליסה עצמאית - פיצוי אשפוז חירום יסודי (1733)	
פוליסה עצמאית בלבד (6194+7218)		פוליסה עצמאית בלבד (1007)	
פיצוי אשפוז חירום (1005)	פיצוי אשפוז (1006)	פיצוי ימי החלמה (1007)	פיצוי אשפוז חירום (1005)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון	מועמד ראשון
שני	שני	שני	שני
ילדים	ילדים	ילדים	ילדים

ה. ביטוח סיעודי			
התוכנית / המועמד		תקופת פיצוי בשנים	
כתב שירות "לא לבד - סיעוד" (5212)	○ עתיר כבוד - פרמיה קבועה (5003)	○ עתיר כבוד - פרמיה משתנה (5012)	○ עתיר כבוד - פרמיה קבועה (5009)
	○ עתיר כבוד - פרמיה משתנה (5012)	○ עתיר כבוד - פרמיה קבועה (5009)	○ עתיר כבוד - פרמיה משתנה (5015)
תקופת פיצוי בשנים	תקופת המתנה קצרה סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה ארוכה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי חודשי בש"ח
מועמד ראשון	5 ○ 8 ○ כל החיים	60 חודשים	36 חודשים
בן/בת זוג	5 ○ 8 ○ כל החיים	60 חודשים	36 חודשים
ילדים מגיל 3	5 ○ 8 ○ כל החיים	60 חודשים	36 חודשים

למידע אודות השתנות פרמיה בפוליסה עם פרמיה משתנה עד גיל 65 ולטבלת ערכי סילוק לגבי כל אחת מפוליסות הסיעוד - אנא ראה באתר החברה www.fnx.co.il תחת תחום בריאות - ביטוח סיעודי

* סכום הביטוח בסייעודי 360 הינו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול פי 2.2 - מקסימום סכום ביטוח לרכישה 22,000 ש"ח במוסד.
* ניתן לרכוש פוליסת סיעוד עם תקופות המתנה ארוכות רק אם יש ברשות המועמד לביטוח כסיו סיעודי לתקופת פיצוי של 36/60 חודשים. תקופת הפיצוי הינה לכל החיים

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה העולה על 180 יום

אני מודעת/לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה
 אנא סמן את משך תקופת ההמתנה: 30 יום 60 יום אחר _____ או 36 יום 60 חודש .
 שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי/ת לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק
 לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 30 יום 60 יום אחר _____ או 36 יום 60 חודש .
 החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

X	ת.ז.	שם מועמד/ת לביטוח
חתימת המועמד/ת לביטוח		

1. ביטוח מחלות קשות - מרפא - סכום ביטוח עד 500,000 ש"ח, לילד 250,000 ש"ח		כפוליסה עצמאית - יסודי 6194	
התוכנית	<input type="radio"/> פלטינה (7542/7606) <input type="radio"/> מרפא ילדים (7834) לילדים עד גיל 20	<input type="radio"/> זהב (7541/7605)	<input type="radio"/> ארד (7539/7603)
מועמד ראשון	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0
מועמד שני	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0
ילד 1	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0
ילד 2	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0
ילד 3	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0
ילד 4	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0	<input type="radio"/> ב.0

2. ביטוח תאונות אישיות	תאריך המבוקש על ידי המועמד לביטוח לתחילת הביטוח: ____ / ____ / ____
האם הינך משתמש/ת ברכב דו גלגלי ממונע ?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע ?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם הינך עוסק/ת בספורט אתגרי ?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג ספורט אתגרי ?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

- (1829) כיסוי תאונות אישיות למועמד ראשון לביטוח בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)
- (1822) כיסוי תאונות אישיות למועמד שני לביטוח בסכום ביטוח יסודי של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 400,000 ש"ח)
- (1821) כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (לא יותר מאשר 50% מסכום הביטוח של ההורה)
- (1823) כיסוי תאונות אישיות לילד בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 200,000 ש"ח)

פיצוי שבועי - כתוצאה מתאונה אופציונאלי לגילאי 21-67	
מועמד ראשון	<input type="radio"/> (1824) - מסלול 52 שב', גובה הפיצוי השבועי: <input type="radio"/> (1828) - מסלול 104 שב', גובה הפיצוי השבועי:
מועמד שני	<input type="radio"/> (1824) - מסלול 52 שב', גובה הפיצוי השבועי: <input type="radio"/> (1828) - מסלול 104 שב', גובה הפיצוי השבועי:

פיצוי שבועי - משופר לנכות תעסוקתית - מתאונה ומחלה (מחייב מילוי הצהרת בריאות מלאה)

מועמד ראשון ב.0. ש"ח		מועמד שני ב.0. ש"ח	
<input type="radio"/> 52 שבועות	<input type="radio"/> 104 שבועות	<input type="radio"/> 52 שבועות	<input type="radio"/> 104 שבועות
פרמיה	תקופת המתנה	פרמיה	תקופת המתנה
<input type="radio"/> קבועה (1884) <input type="radio"/> משתנה (1885)	<input type="radio"/> 14 ימי מחלה, <input type="radio"/> 7 ימי תאונה	<input type="radio"/> קבועה (1884) <input type="radio"/> משתנה (1885)	<input type="radio"/> 14 ימי מחלה, <input type="radio"/> 7 ימי תאונה
<input type="radio"/> קבועה (1884) <input type="radio"/> משתנה (1885)	<input type="radio"/> 14 ימי מחלה, <input type="radio"/> 14 ימי תאונה	<input type="radio"/> קבועה (1884) <input type="radio"/> משתנה (1885)	<input type="radio"/> 14 ימי מחלה, <input type="radio"/> 14 ימי תאונה
<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 7 ימי תאונה	<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 7 ימי תאונה
<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 14 ימי תאונה	<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 14 ימי תאונה
<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 28 ימי תאונה	<input type="radio"/> קבועה (1848) <input type="radio"/> משתנה (1849)	<input type="radio"/> 28 ימי מחלה, <input type="radio"/> 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

ביטוח יסודי

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) 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	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	
ש"ח לחודש _____ שכר החודשי	ש"ח לחודש _____ שכר החודשי
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
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)	
ה 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)	
<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 הרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10	

← ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות - מועמד שני לביטוח	
ש"ח לחודש _____ שכר החודשי	ש"ח לחודש _____ שכר החודשי
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67	
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)	
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)	
<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 הרחבות: <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 <input type="radio"/> 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10	

← הערה
<p>בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -</p> <p>מעל - בנוסף לתקציב - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יקטן הכסוי בהתאם.</p> <p>מתוך התקציב - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותירכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יקטן סכום הכסוי בהתאם.</p> <p>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.</p>

ח. הצהרת בריאות							
4 ילד כן לא	3 ילד כן לא	2 ילד כן לא	1 ילד כן לא	מועמד שני כן לא	מועמד ראשון כן לא		
שם המבוטח							
גובה _____							
משקל							
לנשים: האם את בהריון: כן/ לא							
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ 10% במשקלך במהלך 12 ח' האחרונים?							
1 האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? אם כן- מתי? _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____							
2 האם הינך נמצאת/ בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת תרופות? אם כן- אבחנה: _____ תרופה: _____ מינון: _____							
3 האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה 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, גאוס (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 לציון דיאופטריות), מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים, שיתוקים, כאבי ראש כרוניים, טרשת נפוצה, הפרעות נפשיות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, אוסטיואופורוזיס, 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, ציטור, MRI, CT, אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים							
8 האם יש לך או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט האם הינך מעשית/ 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 _____							
שאלות אלה מיועדות רק לרוכשי פוליסת "גנטיקס"							
9 האם היו במשפחתך קרובים מדרגה ראשונה (הורים, אחים/ות, ילדים) שחלו באחת המחלות הבאות: סרטן/מחלה ממארת, מחלות כליה, מחלות מעי הגס, FMF, מחלות לב וכלי דם, שבץ מוחי, דום לב, גושה, סוכרת, עודף משקל קיצוני, בעיות בקרישת הדם?							
10 האם היו במשפחתך קרובים בדרגה שנייה (סבא, סבתא, דודים/דודות, בני דודים/ות) שחלו בסרטן, מחלה ממארת? _____							
בכל מקרה של תשובה חיובית "כן" לאחת השאלות 10-1, אנא פרט כאן (כולל דרגת קרבה וסוג המחלה או הסרטן בשאלה 9)							

הצהרת בריאות לרוכשי פוליסת "ניתוחים מתאונות דרכים"							
1 האם הינך נמצא ו/או היית בטיפול רפואי ב- 5 שנים האחרונות כתוצאה מתאונות דרכים? _____							
הצהרת בריאות לילדים							
עד גיל 15 - יש למלא הצהרה זו בנוסף להצהרת בריאות המלאה.							
1 האם התגלו או נוצר חשש לאחר הלידה או במהלך התקופה עד היום, למומים מולדים, כתמי לידה בולטים או נכות ? _____							
2 בעיות בהתפתחות הילד ? _____							
עד גיל חצי שנה - יש למלא הצהרת בריאות זו בלבד המחליפה את הצהרת הבריאות המלאה :							
3 יש לצרף דו"ח שחרור הילוד מבית החולים הכולל דו"ח על הלידה וממצאיה (דו"ח אפגר). אם הדו"ח אינו בידי ההורים, או במקרה והמכירה נעשית טלפונית - יש לענות על השאלות הבאות:							
3.1 באיזה שבוע הייתה הלידה ? _____							
3.2 אחרי כמה ימים שוחרר הילד מבית החולים ? _____							
3.3 האם הומלץ בשחרור על מעקב רפואי מיוחד ? _____							
3.4 מה הייתה דרגת אפגר אחרי 5 דקות מהלידה? _____							
שאלוני המשך							
בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.							
1. סוכרת		3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם		5. נכויות/פציעות		7. גידולים	
2. גב ועמוד השדרה		4. דרכי הנשימה		6. דרכי העיכול		8. בעיות נפשיות	
9. שאלון יתר לחץ דם		10. שאלון מחלות כללי					

חתימות							
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

ט. הצהרת בריאות – פוליסת סיעוד (כתוספת להצהרת הבריאות לפוליסת בריאות)											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?											
2 האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סיעודי ו/או נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לסיעוד תוך 12 חודש?											
3 האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?											
4 האם הינך נעזר במכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)?											

י. הצהרת בריאות – תאונות אישיות											
על הרוכשים נספח פיצוי שבועי מתאונה ומחלה למלא הצהרת בריאות מלאה (בלבד)											
הצהרת בריאות – לביטוח תאונות אישיות משפחתי											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1 האם את/ה סובל/ת מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס)?											
2 האם הינך מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות? האם הינך נעזר באמצעי עזר להליכה?											
3 האם יש לך נכות קיימת, קבועה או זמנית כלשהי מעל 20% ו/או האם הינך בהליכי תביעה כיום?											
הצהרה נוספת של הרוכשים פיצוי שבועי לאובדן כושר עבודה:											
4 האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית – האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרטי:											

חתימות											
X											
חתימת המועמד הראשון לביטוח				שם פרטי				שם משפחה			
חתימת המועמד השני לביטוח				שם פרטי				שם משפחה			

הצהרות

יא. הצהרת המבקש/ים המועמד/ים לביטוח											
הצהרת המבוטח למשלם שב"ן											
במידה ולא מעוניין בקו כסף משלם שב"ן:											
○ אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלם שב"ן + ברות הביטוח.											
במידה וכן מעוניין בקו כסף משלם שב"ן:											
○ 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 "משלם שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/על ההצהרה בשםם כאפוטרופוס/טבעי/ת.											

גילוי נאות למועמד לביטוח – משלם שב"ן											
1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלם, 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.											
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.											
3. 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).											
4. ברות ביטוח – 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 (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, המאוחר מבין שני המועדים האמורים.											

הצהרה לביטוח סיעודי											
פוליסת עתיר כבוד וסיעודי 360 עם תקופת המתנה 36 ח' ו/או 60 ח' משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד המצורפת לקופ"ח ו/או לקבוצות ו/או לקולקטיבים ו/או פוליסות סיעוד פרטיות ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח יעוד לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת 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 ו/או בקבוצה או בקולקטיב ו/או בפוליסה פרטית (3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל פי הפוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי ועל עוד הוא במצב סיעודי.											
לתשומת ליבך! רכישת פוליסת עתיר כבוד ו/או סיעודי 360 עם 36 ח' ו/או 60 חודשי המתנה מותנית בהיותך מבוטח בביטוח הסיעוד שבמסגרת קופת חולים ו/או קבוצה ו/או קולקטיב ו/או פוליסת סיעוד פרטית.											

השלמת פרטי ביטוח סיעודי אחר:											
האם אתה מבוטח בביטוח הסיעוד של חברי קופ"ח?				○ כן							
האם אתה בעל פוליסה קולקטיבית ו/או פוליסת סיעוד פרטית?				○ לא							
קופת חולים:				○ כללית ○ מכבי ○ מאוחדת ○ לאומית							
הקולקטיב המבטח*				שם הקולקטיב:							
פוליסת סיעוד פרטית*				הגוף המבטח:							
*נא לצרף העתק מתנאי הפוליסה בקולקטיב ו/או הפוליסה הפרטית לטופס ההצעה (למעט גוף מבטח – הפניקס)											
אני מצהיר כי אני מבוטח בביטוח סיעודי במסגרת ○ קופת חולים ○ קבוצה ו/או קולקטיב ○ פוליסת סיעוד פרטית, בה תקופת התשלום היא _____ חוד'. ידוע לי כי תקופת ההמתנה עד לקבלת התשלום הסיעודי מפוליסה זו היא 36 ח' ו/או 60 חודשים ובתקופה זו לא אהיה זכאי לתגמול הסיעודי על פי תנאי פוליסה זו.											
ניתן לבקש מהחברה העתק המדריך לקונה ביטוח סיעודי של המפקח על הביטוח וניתן לאתר מדריך זה גם באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il											

← הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם המועמד הראשון לביטוח	ת.ז.	שם המועמד השני לביטוח	ת.ז.
-------------------------	------	-----------------------	------

הצהרות חוק הגנת הפרטיות ומאגרי מידע

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 ושירותים), 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

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, 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 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 ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתירשע 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 כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס" ולא 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" ולסוכן הביטוח המטפל.

הצהרות

אני/אנו המועמדי/ים לביטוח, מבקשים/ים בזה מ"הפניקס" חברה לביטוח בע"מ (להלן: החברה) לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בחברה, 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 שחובה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח. 5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם/ותמת גם בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת. 6. כי עצם ההצעה ו/או הביטוח איננו מהווה בקשה מצד החברה ממבוטחייה לעבור בדיקות גנטיות ו/או בקשה לקבל תוצאות של בדיקות גנטיות בהתאם למגבלות הקבועות בחוק מידע גנטי, התשס"א - 2000 וכי השימוש בכיסוי ביטוחי זה, לרבות ביצוע הבדיקות הגנטיות, הנו עניין הנתון לבחירתו ורצונו של המבוטח בלבד. 7. תשובתי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות בחברה. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים החברה לא תעשה שימוש במידע גנטי מזוהה שהתקבל במסגרת הביטוח כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיסוי הביטוחי של מבוטחייה, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כלשהי, והכל בהתאם להוראות חוק מידע גנטי. 8. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חלופי ("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. 9. **אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן ברות הביטוח**

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 בתחביבי שיוחל בשמך תקופת הביטוח.

תאריך	שם פרטי + שם משפחה	ת.ז.	חתימה
			X
			X
			X
			X
			X
			X

יב. שאלון החלפה ושינוי בפוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות (סעיף 4 א' בחוזר המפקח)

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המועמדים לביטוח

על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. 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 שלוח/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח
	X	X	X

← אישור הסוכן

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

תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחתימת הסוכן
			X

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"/>	
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		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 הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		האם בידך פוליסה/ות ביטוח שבתוקף?	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		ביטוח חיים:	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		ביטוח בריאות:	
1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסות ביטוח חיים שבתוקף, האם הפוליסות לביטוח חיים שבתוקף: יבוטלו; ייפדו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן; ישונו או יוגבלו באופן שיגרם להפחתה בסכום הביטוח או בקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף פוליסה/ות הביטוח?	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		אם כן,	
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.					
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.					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			
תאריך		חתימת המועמד הראשון לביטוח		חתימת המועמד השני לביטוח	
הצהרת הסוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>					
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			
תאריך		חתימת הסוכן		חתימת הסוכנות	

אופן גביה ותשלום			
יום גביה מבוקש ¹	○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי	○ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ¹	תאריך תחילת ביטוח*
	○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי	○ הודעת תשלום ²	
	○ חודשי ○ רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי	○ כרטיס אשראי	
	אופן התשלום	○ 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.			

לשימוש פנימי									
מס' פוליסה / הצעה					מס' קולקטיב				

טופס אמצעי תשלום

תשלום באמצעות כרטיס אשראי <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									
מס' כרטיס האשראי					תוקף				
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס									
שם בעל הכרטיס			מס' ת.ז.						

הוראה לחיוב חשבון

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

1											
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק					מס' ת.ז.						
מס' ח.פ.					מס' ח.פ.						
אני/מ		החתימה		מטה		כתובת		רחוב		מספר	
מיקוד		עיר		מספר		רחוב		מספר		מיקוד	
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" ידוע לי/לנו כי:											
2 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. ב. אהיה/נהיה ראשי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה ראשי/ם 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.											
3 ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".											
4 ידוע לי/נו 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 לביצועו.											
6 הבנק ראשי/הוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.											
7 נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.											

פרטי ההרשאה

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.

חתימת בעל החשבון										תאריך	
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

אישור הבנק

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

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 4543533

טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, אשר 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 בהחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

תאריך		שם הבנק		מספר הסניף		חתימה וחותמת הבנק	
-------	--	---------	--	------------	--	-------------------	--