



**הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה - משכנתא עם "מוגבלות מקצרת חיים" - הצה"ב מלאה** קוד מסמך 1213

פרטי הסוכן			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' הצעה
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' הצעה

לא לשכוח לצרף!  טופס מחולל הצעות  טופס בנק (לפי הרשימה)

טלפון סוכן לביוררים

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 checked="" type="checkbox"/> מועמד ראשון לביטוח			
תאריך תחילת הביטוח	אופן התשלום	אופן הגבייה	יום גבייה מבוקש
שם פרטי	מס' פרטי	מס' חודשי (4)	1 חודש <input type="radio"/> 10 חודש <input checked="" type="radio"/>
ת.ז.	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.

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

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

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

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישינו ברשותך בקבוצת הפניקס

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות	
<p>הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח

הסכמה לקבלת הדוח השנתי המקוצר באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון)	
<p>הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת	
<p>הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי כי אני חייב להסכים לשימוש כאמור.</p> <p>ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של המבטחת.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח

סירוב להעברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר - "הר הביטוח"	
<p>אגף שוק ההון במשרד האוצר מקים אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.</p> <p><input type="radio"/> מועמד לביטוח</p> <p>הנני מורה לכם שלא להעביר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לאגף שוק ההון במשרד האוצר.</p> <p>ידוע לי כי לא תהיה לי אפשרות לראות באתר האוצר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברת "הפניקס".</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המועמד לביטוח	

האם יש לך תחביב או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, _____ (יש למלא שאלון תחביבים)
האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס

**זיקה בין המשלם למועמד / בעל הפוליסה (יש לצרף תצלום ת.ז של המשלם)**

רשום את מהות הקשר בין המשלם למועמד/בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_

**הצהרת המשלם:** אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות אופן גביית התשלום התקופתי על ידי, ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המועמד וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימת המשלם
			X

**מינוי מוטבים - למועמד לביטוח\***

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		

למקרה מוות

\* לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשי החוקיים של המועמד.

**שאלון ביטוחים קיימים**

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכיך, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:

1	האם יש ברשותך פוליסה/ ות ביטוח הכוללת/ ות סכומי ביטוח למקרה פטירה ("ריסק") ו/או לביטוח מפני אובדן כושר עבודה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2	האם בכוונתך להקטין/ לבטל את סכומי הביטוח אם כן, שים לב כי על הסוכן לערוך לך השוואה בין הפוליסה/ ות הקיימת/ ות לבין הפוליסה המוצעת.	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

**אם ברצונך לבטל את הפוליסה/ ות הקיימת/ ות, עומדות בפניך שלוש אפשרות להגשת הבקשה לביטול:**

- באמצעות סוכן הביטוח/ המשווק
- באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"
- על ידך

אם ברצונך לשלוח את הודעת הביטול באמצעות "הפניקס":  
אנא צרף טופס "הודעת ביטול" ("נספח ג") עבור כל פוליסה אותה הנך מעוניין לבטל  
אם ברשותך פוליסה קיימת דומה ב"הפניקס", אנא אשר כי ידוע לך:  
**פוליסה זו נרכשת על ידי בנוסף לפוליסה קיימת בעלת כיסוי דומה בהפניקס, וזאת בידיעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.**

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
	X

**ביטוח חיים**
**סכומי ביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)**

ביטוח יסודי		
	מספר הלוואה	פרטי הלוואה
	סכום הלוואה	
○ קבועה * %	סוג ריבית (שעור הריבית השנתית)	
○ משתנה **	תאריך סיום הלוואה	
	סכום הביטוח*** לא יעלה על מחצית מסכום הלוואה אך לא יותר מ- 500,000 ש"ח (סכום מחושב על פי סימולטור מכירה)	פרטי הביטוח
	תקופת הביטוח לא תעלה על 15 שנה (מס' שנים שנותרו על לתום הלוואה)	
בפרמיה משתנה (9629)	מסלול הביטוח	

✓ שיעורי הריבית השנתית המשמשים לחישוב השתנות סכום הביטוח לאורך תקופת הביטוח הינם על פי הפירוט הבא:

\* הלוואה בריבית קבועה - הפרמיה תקבע על פי שיעור ריבית שנתית קבועה של - 4%. ניתן לקבוע את הפרמיה על פי שיעור הריבית השנתית הקבועה בהלוואה בכפוף להמצאת הסכם הלוואה מאושר וחתום על ידי הבנק.

\*\* הלוואה בריבית משתנה - הפרמיה תקבע לפי ריבית שנתית קבועה בשיעור 4%.

\*\*\* סכום הביטוח נקבע עפ"י סכום יתרת הלוואה המבטוחת המתבקשת בתוספת 4% המגלמים עמלת פרעון מוקדם וריבית פיגורים של עד 12 חודשים שנצברה בחשבון הלוואה.

✓ לידעתך, מכיוון שיתרת הלוואה משתנה לאורך תקופת הלוואה, תיתכן אפשרות שסכום הביטוח שנרכש בחברה יהיה גבוה מסכום יתרת הלוואה בבנק, במקרה כזה ניתן לפנות בבקשה להקטנת סכום הביטוח, בכפוף לאישור הבנק.

✓ בכל מקרה של עדכון ושינוי, הנך מוזמן לפנות למוקד קשרי לקוחות בטל (\*3455) או באמצעות דואר אלקטרוני [infom@fnx.co.il](mailto:infom@fnx.co.il).

**מיחזור הלוואה קיימת / הצעה חדשה**

אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה מסכים ומבקש להצטרף לביטוח חיים אגב משכנתא כמפורט להלן (אם מדובר במיחזור פוליסה קיימת/הצעה חדשה, חובה לציין אחת מהאופציות):

- הפוליסה החדשה הינה בנוסף לפוליסה/ות הקיימת/ות עבורי בפניקס וזאת בגין הלוואה חדשה שנלקחה מהבנק, ואין לבטל את הפוליסה/ות הקיימת/ות.
- הפוליסה החדשה הינה עקב מחזור הלוואה/ות שנלקחה/ו מהבנק. לפיכך, אבקש לבטל את הפוליסה/ות הקיימת/ות בגין הלוואה/ות הנוכחית/יות ולהפיק במקומן פוליסה חדשה על פי הרשום בטופס זה.

\*לתשומת לבך, לא תתאפשר הגדלת סכומי ביטוח מעבר למחצית מסכום הלוואה שהינה חלק בלתי נפרד מהצעה זו.

אם מדובר במיחזור על חלק מהפוליסות בלבד, יש לציין את מספרי הפוליסות למיחזור: \_\_\_\_\_.

X

חתימת המועמד לביטוח

**סכומי ביטוח קבועים לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף (בלון, הלוואת גישור, בולט, גרייס וכיו"ב)**

ביטוח נוסף (511)	ביטוח יסודי (510)	
		מספר הלוואה
		סכום הלוואה
		תאריך סיום הלוואה
		סכום הביטוח*** לא יעלה על מחצית מסכום הלוואה אך לא יותר מ- 500,000 ש"ח (סכום מחושב על פי סימולטור מכירה)
		תקופת הביטוח לא תעלה על 15 שנה (מס' שנים שנותרו על לתום הלוואה)

**פרטי הבנק**

שם המלווה - המוטב הבלתי חוזר \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_

**ביטוח מבנה**

תשומת לב המבוטח מופנית לכך עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981 כל השאלות יחשבו כעניין מהותי.

**הצעה לביטוח מבנה אגב משכנתא**

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____		מועמד ראשון לביטוח	
ני"ח: _____ דואר אלקטרוני: _____			
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____		מועמד שני לביטוח	
ני"ח: _____ דואר אלקטרוני: _____			
מיקוד: _____		כתובת הנכס המבוטח	
מ: _____ עד: _____		תקופת הביטוח: (הפוליסה מתחדשת אוטומטית מידי שנה עד תום תקופת המשכנתא)	
ש"ח _____		סכום ביטוח הדירה: (יש לבטח על פי עלות בניה מחדש של הדירה כולל צמודי המבנה).	
מ"ר _____		שטח הדירה:	
<input type="radio"/> בבית משותף בקומה _____ מתוך _____ קומות <input type="radio"/> לא כולל מחסן <input type="radio"/> כולל מחסן		<b>הדירה נמצאת</b> <input type="radio"/> בבית פרטי בן _____ קומות <input type="radio"/> לא כולל מרתף <input type="radio"/> כולל מרתף <input type="radio"/> לא כולל בריכת שחיה <input type="radio"/> כולל בריכת שחיה שווי הבריכה: _____ ניתן לבטח בריכה בבית פרטי בלבד (לא ניתן לבטח בריכה בבית משותף כגון בריכה בדירת גג או בקומת ביניים). הכיסוי לבריכת שחיה הינו מפני סיכוני אש, ברק, התלקחות, התפוצצות ורעידת אדמה בלבד.	
הבנין בנוי מ: _____ גג הבנין בנוי מ: _____ (לא ניתן לבטח במסלול זה מבני עץ ומבנים מבנייה קלה).			
האם הדירה מחולקת ליחידות דור? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן כמה יחידות דור? _____			
האם הדירה משמשת למגורים בלבד? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרט: _____			
האם מתקיימת בדירה או בחלק ממנה פעילות עיסוקית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט איזו: _____			
הרחבת נזקי מים ונזולים אחרים: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
<input type="radio"/> ע"י שרברב שבהסדר הנבחר ע"י המבוטח מתוך רשימת שרברבים שבהסדר המוסכמים על החברה (ידוע לי שבמקרה זה זכותי לבחירת שרברב הוגבלה).		<b>הטיפול בנזקי מים</b>	
<input type="radio"/> ע"י שרברב כלשהו לפי בחירת המבוטח (אפשרות זו כרוכה בתוספת פרמיה)			
<b>השתתפות עצמית לסיכון רעידת אדמה: - 10% מסכום ביטוח המבנה</b>			
האם ברצונך להקטין סכום ההשתתפות העצמית תמורת פרמיה נוספת לכדי: <input type="radio"/> 5% מסכום ביטוח המבנה <input type="radio"/> 2% מסכום ביטוח המבנה			
<b>הרחבות לפרק ביטוח המבנה:</b>			
<input type="radio"/> ביטוח סכום נוסף (בבית משותף בלבד) - סיכון רעידת אדמה בלבד			
<input type="radio"/> ביטוח סכום נוסף (בבית משותף בלבד) - כיסוי מורחב (מפני הסיכונים כמוגדר ב"מקרה הביטוח")			
ביטוח סכום נוסף אפשרי בכפולות שלמות של סכום ביטוח המבנה (עד 4 כפולות) ציין מס' הכפולות: _____			
ביטוח אחריות כלפי צד שלישי כלול עד לסך 500,000 ש"ח. האם ברצונך להגדילו לכדי 1,000,000 ש"ח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
<b>האם ב-3 השנים האחרונות:</b>			
נגרמו לדירתך נזקים כתוצאה מאש, התפוצצות, שטפון, הצפה, נזקי טבע? _____			
פרט: _____			
נגרמו לצד שלישי נזקים? פרט: _____			
שעבוד כמוטב בלתי חוזר לטובת: בנק/חברה: _____ סניף: _____ כתובת: _____			

**פרטי בנק / המוטב בלתי חוזר**

שם המוטב הבלתי חוזר	מספר בנק	מספר סניף	סכום השעבוד	שעבוד לטובת	סכום השעבוד
1.				2.	

הפוליסה מיועדת לתקופת ההלוואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מידי שנה בהתאם. הרשות בידי המבטח להודיע טרם כל חידוש על רצונו לשנות תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)			
שם המועמד לביטוח		ת.ז.	
<p>1. <b>הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלה לביטוח</b> - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים ומבקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה שנבחרה בהצעה לביטוח זו ואשר תנאיה מפורסמים באתר החברה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח: 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. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (3) ידוע לי כי הקבלה לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום על בסיס הנתונים שמסרתי, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			
<p>2. <b>הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה</b> - 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.</p>			
<p>3. <b>הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/או קווי תקשורת</b> - אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/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.</p>			
<p>4. <b>הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית</b> - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נתן 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" 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. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	
חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה		
אישור תנאי קבלה מיוחדים			
<p>אני 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.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך		
חתימת המועמד לביטוח			
אישור המועמד/ים לביטוח			
<p><b>הנני לאשר כי:</b></p> <p>1. בוצע לי, על ידי הסוכן, הליך של התאמת הביטוח לצרכי.</p> <p>2. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח עיקריים וגבולות האחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בפוליסה.</p> <p>3. במסגרת הליך ההתאמה פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה, בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת, מצאתי את ההצעה תואמת את צרכי (רלוונטי רק למועמד שיש ברשותו פוליסה קיימת).</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך		
חתימת המועמד לביטוח			
אישור הסוכן			
<p>אני הח"מ, סוכן הביטוח של הנ"ל מאשר ומצהיר בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו/ו כי הבין/ו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתן/ו את רשותו/ם לגבות תשלום הפרמיה על פי פרטי הגביה המופיעים לעיל.</p> <p><b>הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד/ים והצעת ביטוח תואם לצרכיו:</b> אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצעה זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/ להם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכיו/הם.</p> <p>הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה, הוצגו בפני המועמד/ים לביטוח דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשות בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך
חתימה וחומת סוכן			

		<b>הצהרת בריאות מלאה - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:</b>	
		<b>- תקופת הצהרת הבריאות הינו 45 יום ממועד החתימה. מעבר ל-45 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן)</b>	
ק	לא		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם מונה לך אפוטרופוס על רקע רפואי? במידה והתשובה חיובית שאלה לאפוטרופוס, נא פרט: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם המועמד אובחן עם פיגור שכלי, אלצהיימר, אוטיזם (ASD) (rAutism Spectrum Disorder)?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 גובה, משקל לנשים: האם הינך בהריון?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? - אם כן, נא הסבר: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם היה במשפחתך (הורים, ילדים, אחים) מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטן, מחלות נפש, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 55? - אם כן, נא פרט: _____ גיל _____ קירבה _____ סיבה _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם יש או הייתה לך נכות קבועה/ צמיתה או זמנית (זמנית ב- 5 שנים האחרונות) או הינך בהליך קביעת נכות או בעל מום מולד? <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> זמנית <input type="radio"/> טרם נקבעה אחוז הנכות % _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ- 3 שבועות? - אם כן, נא פרט שם תרופה _____ סיבה _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם עברת ניתוח ב- 10 השנים האחרונות או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת ב- 5 השנים האחרונות? מועד _____ / _____ / _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, נא פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן, נא פרט: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 האם סבלת בשנה האחרונה מהירידות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי שהתבטא בהפרעות זיכרון, קשיים בביטוי שפתי (דיבור), ליקוי אוריינטציה (ליקוי התמצאות, איבוד את דרכך ולא הצלחת להגיע ליעדך), בלבול בזמן או בתאריך?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 האם עברת ב- 5 השנים האחרונות בדיקה או הינך מועמד לבדיקה כולל רנטגן, US (אולטרסאונד), CT, MRI, אקו לב, צינתור, מיפוי, בדיקת מאמץ (ארגומטריה), דופלר, גסטרוסקופיה או קולונוסקופיה, ציסטוסקופיה, היסטרוסקופיה או ביופסיה? - אם כן, נא פרט: _____ מועד _____ / _____ / _____ סוג הבדיקה _____ תוצאות _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13 האם בשנה האחרונה נעדרת מהעבודה מעל- 21 ימים ברציפות או מעל 30 ימים לא ברציפות בשל מצב רפואי?	
<b>שאלון מחלות</b>			
<b>האם במהלך חיך אובחנו מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות ?</b>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א	לרבות מחלת לב איסכמית, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב	מחלות כלי דם / מחלות דם לרבות יתר לחץ דם, מפרצת, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, אנמיה, פוליציטמיה, בעיות בטסיות או בכדוריות דם לבנות, טלסמיה, מיאלומה, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תסחיף, טחול מוגדל, כשל חיסוני) תת קרישיות, APLA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג	מחלה ממארת / גידול סרטני או גידול שפיר לרבות גידול שפיר או ממאיר/גידול סרטני כלשהו כולל סרטן עור, מלנומה וגידולים המטולוגיים (לוקמיה או לימפומה)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד	מחלות כליות ודרכי השתן לרבות אבנים, ציסטות בכליות, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, הידרונפרוזיס, האם טופלת או הינך מטופל בדיאליזה, הגדלת ערמונית(פרוסטטה) PSA מוגבר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה	מחלות זיהומיות לרבות נשא של מחלה זיהומית כלשהי כולל איידס (HIV), צהבת זיהומית (D או B, C הפטיטיס)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו	מחלות עור לרבות פסוריאזיס או פמפיוס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז	מחלות חילוף חומרים לרבות סוכרת, סוכר גבוה (טרם סוכרת), יתר שומנים בדם, גאוס, ליקוי בתפקוד שחלות או אשכים, עודף או חסר בהורמוני מין, אנדומטריוזיס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ח	מחלות דרכי העיכול לרבות מחלות מעי דלקתיות (קרן, אולצרטיב קוליטיס), מעי רגז, דימום רקטלי, בקע (מפשעתי, טבורי, סרעפתי)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ט	מחלות כבד, צהבת, כיס מרה, לבלב לרבות הפרעה בתיפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, פנקריאטיטיס (דלקת לבלב)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	י	מחלות דרכי הנשימה / ריאה לרבות אסטמה, אמפיזמה (נפחת), מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), ברונכיט כרונית, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימה בשינה, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, שיעול ממושך (מעל 3 שבועות), שיעול דמי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	יא	מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון (מלא, חלקי), קטרקט, גלאוקומה, קרטוקונוס, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, ליקוי שיווי משקל. האם הינך בעל לקות ראייה של מעל 6/12 או מספר משקפיים (דיופטריה) מעל 6?

ל		כ		הצהרת בריאות - המשך	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות כאבי גב, בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקת פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קרע שריר/ רצועה/ גיד/ מניסקוס, זאבת (לופוס, SLE), פיברומיאלגיה, FMF (דלקת ים תיכונית)		מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיות	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות פרקינסון, טרשת נפוצה (MS), אירוע מוחי (שבץ מוחי, CVA או TIA), שיתוק או חולשה בגפיים, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים (יותר מ- 4 פעמים בחודש), ליקויי קואורדינציה		מחלות מערכת העצבים	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	לרבות דיכאון, חרדה, פאניקה, הפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית (הפרעה בי פולרית, מאניה דיפרסיה), סכיזופרניה, פסיכזה		מחלות נפשיות	

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		

חתימה					
X					
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח	

## יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים | מבנה

לכבוד	בנק	סניף	כתובת הסניף
<b>הנדון: יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים מבנה</b>			
<p>1. אני החתום מטה מבוטח בביטוח חיים/מבנה אצלכם/בחברת ביטוח _____ בגין הלוואת משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.</p> <p>2. הריני מבקש לבטל את ביטוח חיים/מבנה ביום _____</p> <p>3. אבקש להפסיק את הגביה בגין הפוליסה שביטולה התבקש ביום הביטול.</p> <p>4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח חיים ומבנה בחברת הביטוח "הפניקס".</p> <p>5. אני מייפה את כוחה של "הפניקס חברה בטוח בע"מ" טל' 03-7332425/88, פקס. 03-7325541 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטוח החיים/מבנה בגין המשכנתא לרבות התאמת סכומי הביטוח לתקרת ההלוואה בבנק, ביטול ועריכת פוליסה חלופיות.</p> <p>6. אבקשכם לא לחייב אותי לביטוח חיים בגין מענקים שקיבלתי ע"פ הוראת משרד הבינוי והשיכון.</p>			
		<b>X</b>	
		חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.



**טופס אמצעי תשלום**

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

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

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

תאריך				לכבוד	
בנק	מס' חשבון		בנק		
בנק	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון		
			6	1	1
אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)			שם המוסד (המוטב)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.         </div>			<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="radio"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.		
<b>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</b>					

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב. <input checked="" type="checkbox"/> חתימת הלקוח/ות

**פרטי ההרשאה**

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל/י החשבון
-------------------------------------	--------------------

**אישור הסוכן/ת**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' \_\_\_\_\_, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה + חותמת סוכנות	מס' הסוכן/הסוכנת	שם הסוכן/הסוכנת	תאריך
-------------------------------------	----------------------	------------------	-----------------	-------

\* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

פרטי סוכן	מס סוכן	שם סוכן
-----------	---------	---------

שם המבוטח	ת.ז. / פ.ח.	מס' פוליסה
-----------	-------------	------------

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

לכבוד	תאריך
-------	-------

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	5	1	1	
"הבנק"	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 - או -  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב: ש"ח \_\_\_\_\_  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.**

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ פ.ח. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/ינו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
2	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת הלקוח/ות

**פרטי ההרשאה**

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תוספותיהן. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל/י החשבון
--	-------------------------------------	--------------------

**אישור הסוכן/ת**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה + חותמת סוכנות	מס' הסוכן/הסוכנת	שם הסוכן/הסוכנת	תאריך
--	-------------------------------------	----------------------	------------------	-----------------	-------

\* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.