



הצעה לביטוח חיים לאנשי מפתח / ביטוח שותפים

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*

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

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

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

פרטי בעל הפוליסה – חובה למלא אם המועמד לביטוח אינו בעל הפוליסה					
שם המעסיק / החברה	מספר חברה / עוסק מורשה	מס' תיק ניכויים	מספר טלפון		
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר / יישוב	ת.ד.	מיקוד

פרטי המועמד לביטוח					
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד	דואר אלקטרוני
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר / יישוב	ת.ד.	מיקוד

מועמד לביטוח

האם יש לך תחביב או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס
 האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?
 לא כן, העבר שאלון טייס לא כן, העבר שאלון טייס

פירוט הביטוחים המבוקשים	
ביטוח יסודי – ריסק למקרה מוות (510)	ש"ח _____
ביטוחים נוספים	
שחרור מתשלום פרמיות באובדן כושר עבודה עם הרחבות לבחירה 3 חודשי המתנה, כולל נכות חלקית (8851)	
הרחבות לבחירה	<input type="radio"/>
קיצור תקופת המתנה	<input type="radio"/> חודש <input type="radio"/> חודשיים
פרנציזה (1) *לא ניתן לרכוש עם חודש המתנה	<input type="radio"/>
עיסוקית לעיסוק ספציפי (2) *צווארן לבד בלבד	<input type="radio"/>

מינוי מוטבים – למקרה מוות					
מינוי מוטבים – לביטוח אנשי מפתח					
שם חברה	מספר ח"פ				
מינוי מוטבים – ביטוח שותפים					
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה
				<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	

הליך התאמת צרכים	
<p>1. בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי.</p> <p>2. נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.</p> <p>3. נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת מועמד לביטוח

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)	
<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 ואו חברות מהקבוצה 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 בע"מ שליטה בהם של 50% או יותר).</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)	
1	<p>הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת לביטוח - 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 נתונים 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>
2	<p>הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, 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 לצירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד 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.</p>
3	<p>החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>
4	<p>ידוע לי כל לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת, ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד, על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p>
5	<p>ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת ו/אחרת בסיס.</p>
6	<p>ידוע לי כי, פרטי התקשרות שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס</p>
7	<p>העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר - ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל"הר הביטוח".</p>
8	<p>הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני / מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר O איני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.</p>
9	<p>הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים - הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה O לא מסכים</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח

אישור הסוכן (חובה)

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר ומצהיר 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 הנביה המופיעים לעיל.

הצהרת הסוכן לביטוח צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביצעתי למועמדים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפני את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעת לו ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע. וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו את הביטוח המותאם לצרכיו.

הריני לאשר כי:

מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם. ככל שמדובר בשווק למועמד לביטוח שמלאו לו 67 ומעלה, הריני לאשר כי עברתי הכשרה למכירה ולמתן שירות לאזרחים ותיקים, בהתאם להוראות חוזר הצירוף.

הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום - הנני מאשר בזה כי במעמד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.

X			
חתימה וחומת הסוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך

שאלון הצהרת בריאות מורחב

לצורך בחינת קבלתך לביטוח עליך לענות על השאלות הבאות בהצהרת הבריאות, חשוב שתשובותיך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח.
 - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.
 - מועמדים בני 65 ומעלה - יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)

1 גובה (בס"מ): _____
 משקל: _____

שאלון רפואי

לא	כן	שאלון רפואי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ-3 שבועות? או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? אם כן: שם התרופה: _____ סיבת טיפול: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות כולל למטרת ניתוח? (יש לצרף דו"ח אישפוז אם קיים) אם כן: סוג האשפוז / ניתוח: _____ תאריך: _____ משך האישפוז: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם נקבעה לך נכות מכל סיבה שהיא ו/או הינך בתהליך קביעת נכות מכל סיבה שהיא ו/או הגשת תביעת נכות מכל סיבה שהיא לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות? (יש למלא שאלון נוסף אם כן: דרגת הנכות: %)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם עברת או הומלץ לך לעבור ב-5 השנים האחרונות בדיקות לרבות בדיקות פולשניות כגון ביופסיה או צנתור או קולונוסקופיה או בדיקות הדמיה כגון CT או MRI, אקו לב, מיפוי עצמות (יש לצרף תוצאות הבדיקות)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד ו/או השתלת איבר ב-10 השנים האחרונות? (יש לצרף תוצאות הבדיקות)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? אם כן: כמות סיגריות: _____ מועד הפסקת עישון: _____/_____/_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? אם כן: סוג: _____ תדירות: _____ מועד הפסקה: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 האם הינך צורך יותר מ-14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? (יש למלא שאלון נוסף)

11 האם חלית ו/או אובחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:

לא	כן	מחלות לב וכלי דם לרבות:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.1 חסימת כלי דם/צנתור/מעקפים, התקף לב, כאבים בחזה, הפרעת קצב, הפרעות מסתמי הלב, איוושה, יתר לחץ דם מטופל תרופתית בשנה האחרונה, פקת/קריש דם, מפרצת (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי/שבץ, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, שיתוק/חולשה בגפיים (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.3 מחלות מערכת העיכול לרבות: קרוהן, קוליטיס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.4 מחלות במערכת ההפרשה פנימית, לרבות: סוכרת, יתר שומנים בדם, הגדלה של הערמונית או ערך PSA מוגבר (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.5 מחלות כבד לרבות: הפטיטיס, הפרעה בתפקודי כבד, שחמת
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.6 מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיות: בלוט/פריצת דיסק, ליקויים בעמוד שדרה, בריחת סידן/אוסטיאופורוזיס, דלקת מפרקים/ארטריטיס, זאבת/לופוס, FMF / קדחת ים תיכונית
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.7 מחלות נשימה לרבות: אסטמה, COPD / מחלת ריאות כרונית חסימתית/אמפיסמה, סיסטיק פיברוזיס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.8 מחלות כליות לרבות: אי ספיקת כליות, ציסטות בכליות, דם או חלבון בשתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.9 מחלות נפש לרבות: דיכאון, פוסט טראומה, מאניה-דיפרסיה - הפרעה ביפולרית/דו קוטבית, סכיזופרניה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.10 מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, מספר משקפיים מעל 8
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.11 HIV: נשא או חולה איידס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.12 גידולים, שפיר או ממאיר, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה, סרטן עור, מלנומה (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.13 מחלות דם - אנמיה, הפרעות קרישה, הפרעות בתאי דם/ספירת דם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.14 מחלות במערכת החיסון לרבות מחלות אוטואימוניות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.16 מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.17 היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מזדווגת ראשונה אב, אם, אחים ואחיות שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי?

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	2. גב ועמוד השדרה	3. פרקים/ארטריטיס	4. דרכי הנשימה	5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול	7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי
----------	-------------------	-------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

חתימה

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------	----------	------	---------------------

שאלונים פינוסים

את הסעיפים הבאים יש למלא עפ"י סוג הביטוח המבוקש (פרטי, אנשי מפתח, שותפים, הלוואה)

ביטוח אנשי מפתח			
שם המועמד לביטוח	ת.ז.	תאריך לידה	עיסוק (תפקיד, תואר, מקצוע)
סוג הביטוח המבוקש	תקופת ביטוח	בעל הפוליסה	משכורת חודשית (למבוטח)
המוטבים			

סכומי ביטוח קיימים בכל החברות						
שם חברת הביטוח	סכום ביטוח (קיים)	מטרת ביטוח החיים הקיים (משכא' / הגנת משפחה / אנשי מפתח)	מוטבים (בנק/משפחה/העסק)	סה"כ בחברה	האם הפוליסה תבוטל	סכום הביטוח לאחר ההקטנה (במידה והפוליסה לא תבוטל)
					כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
					כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
					כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
במידה ומעוניין לבטל - אופן הגשת הביטוח: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח** <input type="radio"/> באמצעות חברת הפניקס** <input type="radio"/> באופן עצמאי						
** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, ימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בנייה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.						

שם החברה או השותפות?		
באיזה ענף עוסקת החברה?		
תיאור תפקידו וכישוריו של המועמד (כולל ניסיון קודם ב - 5 שנים אחרונות) ההופכים אותו לאיש מפתח:		
ותק איש המפתח	תאריך יסוד החברה	מס' העובדים בחברה
באם החברה הינה חברת Up-Start נא לצרף תוכנית עבודה ותחזיות מחזור. יש לצרף מאזן אחרון עבור חברות שלא הוקמו השנה. במידה והביטוח נדרש על ידי משקיעים: זהויות המשקיעים, סכום ההשקעה, הסכם ההשקעה, כמה אנשי מפתח יבוטחו/מבוטחים ואישור על קבלת הכספים בפועל.		
באיזה ענף עוסקת החברה?		

נכסים, התחייבויות, מחזור, רווח והפסד שנתי של החברה בשלוש השנים האחרונות (פרט באיזה מטבע)					
שנה	נכסים	התחייבויות	מחזור	רווח	הפסד

האם המועמד לביטוח או משפחתו בעלי מניות בחברה, במידה וכן, נא פרט אחוזים?					
כמה אנשי מפתח קיימים סה"כ בחברה (כולל אותך)?					
מה תחומי אחריותך במסגרת היותך איש מפתח?					
האם המועמד לביטוח מועסק ע"י חוזה מיוחד?			לכמה שנים?		
מי מחליף את איש המפתח בהעדרו מהעבודה (מילואים, חופש, מחלה)?					
האם החברה מתכוונת לבצע פוליסת אנשי מפתח לאנשי מפתח אחרים בחברה?					
כיצד חושבו סכומי הביטוח ומי קבע את סכומי הביטוח המבוקשים (מדוע יגרם לחברה הפסד בסכום המבוקש בהעדר איש המפתח)?					
מהו הערך נטו של השותפות או שווי השותפות (יש לצרף אשור מרו"ח על שווי השותפות או מאזן אחרון של החברה)					
על סמך איזה בסיס חושב הסכום המבוקש?	_____	_____	_____	_____	_____
לכמה שנים מיועד הביטוח	<input type="radio"/> 3 שנים	<input type="radio"/> 5 שנים	<input type="radio"/> 7 שנים	<input type="radio"/> 10 שנים	

שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים של ה"ל".
אני מצהיר בזה כי הפרטים שנמסרו על ידי הם אמיתיים ומלאים, וביחד עם הנתונים והמסמכים המאשרים אותם, יהווה את הבסיס לפוליסה המבוקשת. במקרה ותשובותי אינן נכונות והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

<input checked="" type="checkbox"/>		
שם המבוטח	ת.ז.	חתימ המבוטח
<input checked="" type="checkbox"/>		
תאריך		חתימה וחותמת החברה ואישור רואה חשבון

ביטוח שוטפים			
שם המועמד לביטוח	ת.ז.	תאריך לידה	עיסוק (תפקיד, תואר, מקצוע)
סוג הביטוח המבוקש	תקופת ביטוח	בעל הפוליסה	משכורת חודשית (למבוטח)
המוטבים			

סכומי ביטוח קיימים בכל החברות						
שם חברת הביטוח	סכום ביטוח (קיים)	מטרת ביטוח החיים הקיים (משכא' / הגנת משפחה / אנשי מפתח)	מוטבים (בנק/משפחה/ העסק)	סה"כ בחברה	האם הפוליסה תבטל	סכום הביטוח לאחר ההקטנה (במידה והפוליסה לא תבטל)
					כן	לא
					כן	לא
					כן	לא

במידה ומעוניין לבטל - אופן הגשת הביטוח: באמצעות סוכן ביטוח** באמצעות חברת הפניקס** באופן עצמאי

** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטוח על ידי הסוכן ואו חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, ימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

ציין את שם החברה / עסק שלך?
במה עוסקת החברה/עסק שלך?
מה תפקידך בחברה?
ממתי הינך ממלא תפקיד זה? (חודש/שנה) ____ / ____
מתי נוסדה החברה/העסק? (במידה והחברה/עסק נוסדו לפני פחות משנתיים נא לצרף תוכנית עסקית)
מה מס' המועסקים בחברה/עסק מלבדך?
פרט את פעילותך העסקית במהלך 5 השנים האחרונות: _____

נכסים, התחייבויות, מחזור, רווח והפסד שנתי של החברה בשלוש השנים האחרונות (פרט באיזה מטבע)					
שנה	נכסים	התחייבויות	מחזור	רווח	הפסד

מהו הערך נטו של השותפות וחלקו של המועמד לביטוח?
נא ציין מס' השותפים/מחזיקי מניות
האם נרכשו פוליסות לכל השותפים/בעלי מניות? לא אם לא - מדוע?
האם מימוש הפוליסה ישפיע על חלוקת העסק בין השותפים, ואו איזו חבות אחרת תצמח בקרות מקרה הביטוח?
האם פוליסה זו תוחזק בנאמנות עבור השותפים הנותרים / מחזיקי מניות? לא לא
האם קיים בפועל הסכם שותפות כלשהו? נא צרף העתק
כיצד חושב סכום הביטוח המבוקש?
(במקרה של שותפות עקב מכירה/קניה של נכס וכדו' יש לצרף את המסמכים הרלוונטיים לעסקה לרבות הערכה עדכנית רשמית).

שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים של ה"ל.

אני מצהיר בזה כי הפרטים שנמסרו על ידי הם אמיתיים ומלאים, וביחד עם הנתונים והמסמכים המאשרים אותם, יהווה את הבסיס לפוליסה המבוקשת. במקרה ותשובותי אינן נכונות והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימ המבוטח	ת.ז.	שם המבוטח
<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימה וחותמת החברה ואישור רואה חשבון		תאריך