

**הצעה לביטוח תאונות אישיות**

לתשומת לב המציע/ה/המועמד/ת לביטוח:  
 אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר נתקבלה ואושרה בכתב על ידי המבטח  
 אנא הקפד/ידי על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א -  
 1981 (להלן: "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.  
 כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח תאונות אישיות ברת תוקף בעת החתימה על  
 הצעה זו - אלא אם צוין במפורש אחרת.  
 כל הסכומים בהצעה זו הינם בש"ח אלא אם צוין במפורש אחרת.

נא למלא הצעה זו בדיוקנות ובשלמות. כל הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו.

פרטי סוכן				
שם סוכן	מס' סוכן	סניף	מס' פוליסה	חותמת החברה

פרטי המציע - המועמד לביטוח						
תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מועמד לביטוח
רחוב	בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	כתובת מגורים
עיסוק	שם קופת חולים	דואר אלקטרוני	פרטים נוספים			

**תקופת הביטוח**  
 מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך (בחצות) \_\_\_\_\_ וכל תקופה נוספת שתאושר על ידי המבטח  
 אופן תשלום:  גבייה רגילה  הוראת קבע  מס' תשלומים \_\_\_\_\_ באמצעות כרטיס אשראי

**הכיסויים בפוליסה**  
 כיסוי ביטוחי בסיסי לפי פרק א' לפוליסה: ביטוח תאונות אישיות  
 מוות מתאונה: סכום \_\_\_\_\_  
 נכות מלאה צמיתה מתאונה: סכום הביטוח \_\_\_\_\_  
 פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה זמני: סכום הביטוח \_\_\_\_\_

מוטבים למקרה מוות						
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	קרבה	% מסכום הביטוח	

**הרחבות לפרק א' לפוליסה בתוספת פרמיה**  
 מועמד/ת לביטוח נכבד/ה,  
 יש לציין את ההרחבות שהינך מעוניין/נת בהם, כדי שהמבטח יוכל לשקול את קבלתן בהתאם לבחירתך. הינך רשאי/ת לבחור בהרחבה או לוותר עליה, מבלי שהדבר  
 יפגע ביתר תנאי הביטוח הבסיסי עצמו.

1	הרחבת נהיגה ברכב דו גלגלי או טרקטורון	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	סכום הביטוח: _____	תוספת פרמיה בגין הרחבה זו: _____
2	הרחבת סיכוני מלחמה פסיביים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	סכום הביטוח - כמפורט בסכום הביטוח בגין מוות, נכות ואובדן כושר עבודה בביטוח הבסיסי.	תוספת פרמיה בגין הרחבה זו: _____
3	הרחבת פיצוי כפול בעת אשפוז	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	סכום הביטוח: _____	תוספת פרמיה בגין הרחבה זו: _____
4	הרחבת הוצאות רפואיות (בהשתתפות עצמית)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גבולות הפיצוי: _____	תוספת פרמיה בגין הרחבה זו: _____

**← ביטוח מחלות לפי פרק ב' לפוליסה**  כן  לא

ביטוח אובדן כושר זמני מוחלט ממחלה - פיצוי עד 52 שבועות  
 סכום הביטוח: \_\_\_\_\_  
 תקופת אכשרה: 30 ימים  
 תקופת המתנה - 14 ימים  
 תוספת פרמיה בגין כיסוי זה:

**← הצהרת בריאות**

תשומת לב המועמד/ת לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה ביטוח התשמ"א-1981 כל השאלות בפרק זה, על סעיפיו הקטנים, יחשבו כעניין מהותי. מועמד לביטוח נכבד,  
 אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.  
 1. עבר רפואי של המועמד לביטוח, האם הנך חולה או היית חולה או היו לך סימנים או היית בטיפול בקשר למחלות/לבעיות הבאות בחמש השנים האחרונות:  
 אם התשובה חיובית, נא לפרט

**המערכת הרפואית - פירוט המחלות - יש לסמן את המחלה הרלוונטית**

מערכת העצבים והמוח	<input type="radio"/> שיתוק <input type="radio"/> הפרעות תנועה/תחושה <input type="radio"/> אפילפסיה <input type="radio"/> פרקינסון
בעיות נירור - גריאטריות	<input type="radio"/> דמנציה <input type="radio"/> אלצהיימר
ריאות ודרכי הנשימה	<input type="radio"/> אסטמה <input type="radio"/> ברונכיטיס <input type="radio"/> דלקת ריאות <input type="radio"/> שחפת
לב וכלי דם	<input type="radio"/> יתר לחץ דם <input type="radio"/> בעיות דם וקרישה <input type="radio"/> אנמיה
בעיות ומחלות כבד	<input type="radio"/> צהבת <input type="radio"/> הפטיטיס

**בעיות מעיים ועיכול**

כליות ודרכי השתן	<input type="radio"/> דם או חלבון בשתן
בעיות ומחלות חילוף חומרים	<input type="radio"/> סכרת <input type="radio"/> גאוט/שיגדון <input type="radio"/> F.M.F <input type="radio"/> שומנים גבוהים בדם
בעיות בבלוטות	<input type="radio"/> כבד <input type="radio"/> ערמונית <input type="radio"/> בלוטת המגן/התריס <input type="radio"/> יתרת הכליה <input type="radio"/> יתרת המוח
בעיות ומחלות עור	<input type="radio"/> גידול סרטני <input type="radio"/> גידול שפיר
בעיות ומחלות מין	
מערכת פרקים ועצמות	<input type="radio"/> דלקת פרקים <input type="radio"/> ארטריטיס <input type="radio"/> בעיות בצוואר או בגב ובעמוד השדרה <input type="radio"/> אוסטיאופורוזיס
מערכת הראייה	<input type="radio"/> מחלות עיניים וראייה
מערכת השמע	<input type="radio"/> בעיות אוזניים ושמיעה
בעיות אף, אוזן, גרון	
מחלה ניוונית או כרונית	<input type="radio"/> איידס: <input type="radio"/> נשאות <input type="radio"/> חולי

**2. עישון, משקאות וסמים**

האם אתה מעשן? אם כן, פרט: \_\_ סיגריות ליום \_\_ שנים  
 האם אתה שותה משקאות חריפים? אם כן, פרט צריכה שבועית:  
 האם צרכת או אתה צורך סמים (למעט במסגרת טיפול רפואי) אם כן, פרט/י:

**3. מצב בריאות כללי**

מאפיינים אישיים משקל: \_\_\_\_\_ ק"ג גובה: \_\_\_\_\_ ס"מ

האם סבלת או הינך סובלת/עתה מ: (אם התשובה חיובית, נא לפרט, לרבות תאריכים רלוונטיים):

פצע שאינו מתרפא ו/או מחלת עור או בלוטות	
דימום בלתי רגיל (כגון: דימום בקיבה, במעי הגס, בשתן)	
קשיים בבליעה	
שינויים בנקודות חן או ביבלת	
שיעול ממושך ו/או חוזר	
האם אתה/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבלת/טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?	
האם היית מסוגלת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו? אם לא, פרט/י הסיבה, המגבלות ומשך הזמן	
האם נפסלת אי פעם מלנהוג מסיבה רפואית	

**4. חשיפה לסיכונים**

האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים: (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן במשך היום, אופן ההגנה בפני חשיפה)

<input type="radio"/> חומרים כימיים/או גזים	
<input type="radio"/> אסבסט	
<input type="radio"/> חומרים רעילים	
<input type="radio"/> חומרים רדיו אקטיביים	

**← הצהרת בריאות - המשך**

תשומת לב המועמד/ת לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה ביטוח התשמ"א-1981 כל השאלות בפרק זה, על סעיפיו הקטנים, יחשבו כעניין מהותי. מועמד לביטוח נכבד,

אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

5. לנשים בלבד (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום)

האם הינך בהריון? אם כן, פרטי באיזה חודש: _____
האם סבלת או את סובלת ממחלות המאופיינות כמחלות נשים?
האם נבדקת בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)? _____ והאם העלו ממצאי תוצאות חריגות? _____ אם כן, פרטי: _____
האם נבדקת בבדיקת פפסמיר (בדיקת צוואר הרחם). אם כן, פרטי מתי: _____

6. עיסוק בספורט או תחביב

האם הינך עוסק/ת בענף ספורט הנושא בחובו סכנה או ספורט אחר המערב מהירות, גובה, סכנה: \_\_\_\_\_

**יבשתי/מוטורי-יבשתי:** נהיגת מרוצים מכל הסוגים לרבות מרוץ סוסים, טריאטלון, מוטוקרוס, היאבקות, התאגרפות או קרב מגע מכל סוג שהוא, ציד, רוגבי, רכיבה על סוסים, ספורט חורף הכולל גלישה או החלקה על שלג או קרח.

**ימי:** אופנוע ים, סקי מים, רפטינג, מצנח גלישה גלישת גלים, שייט קיאקים, בננה, צלילה תוך שימוש במיכלי אוויר או גז דחוס, צלילה חופשית, קייטסרפינג.

**אווירי:** צניחה, צניחה חופשית, רחיפה ממונעת ובלתי ממונעת, גלישה ודאייה באוויר.

**גבהים:** טיפוס הרים בעזרת חבלים ו/או בעזרת מדריך/ים, גלישת מצוקים, סנפלינג, באנג'י, טיפוס קירות. (להלן: "ספורט אתגרי")

מכל סוג שהוא? \_\_\_\_\_

אם כן, פרטי את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק/ת \_\_\_\_\_

האם הינך ספורטאי/ת רשום/מה בקבוצת ספורט כלשהי? \_\_\_\_\_

אם כן, פרטי: \_\_\_\_\_

**← 7. שאלון מצב בריאות מיוחד**

מועמד/ת לביטוח נכבד/ה,

במידה ונגרמו לך פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהינך סובל/ת מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו, עליך לענות גם על שאלון זה.

במידה ויש יותר ממועמד/ת לביטוח אחד, שהדבר רלוונטי לגביו/יה, על כל מועמד/ת לביטוח, כאמור, לענות על שאלון זה.

א. פרטי/ מום, או מחלה או ליקויים תורשתיים מולדים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח: \_\_\_\_\_

ב. האם נקבעו לך אי פעם אחוזי נכות כללית?  לא  כן אם כן, בשל אילו ליקויים? \_\_\_\_\_

על ידי איזה גורם? \_\_\_\_\_ שיעור אחוזי הנכות \_\_\_\_\_

ג. האם היו לך פגיעות גופניות כתוצאה מתאונות או מחלות בשלושת השנים האחרונות?  לא  כן

ד. האם סבלת בשלושת השנים האחרונות מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה?  לא  כן

אם כן, פרטי/ אחוז אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_ משך אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_

ה. האם אושפזת בשלושת השנים האחרונות במוסד רפואי?  לא  כן

אם כן, פרטי/ מתי, מדוע ולאילו תקופה \_\_\_\_\_

**← ניסיון ביטוחי קודם**

תשומת לב המועמד/ת לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה ביטוח התשמ"א-1981 כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי.

1. האם עד עשיית ביטוח זה היה לך ביטוח תאונות או מחלות ב-3 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט סוג ביטוח \_\_\_\_\_ סכום הביטוח \_\_\_\_\_ פיצויי שבועי \_\_\_\_\_ חברת ביטוח \_\_\_\_\_

2. האם ברשותך ביטוח תאונות או מחלות?  לא  כן, פרט סוג ביטוח \_\_\_\_\_ סכום הביטוח \_\_\_\_\_ פיצויי שבועי \_\_\_\_\_ חברת ביטוח \_\_\_\_\_

3. האם חברת ביטוח כלשהי דחתה או ביטלה פוליסה שלך ב- 3 השנים האחרונות?  לא  כן, פרטי: \_\_\_\_\_

4. האם חברת ביטוח כלשהי סירבה לחדש את הפוליסה או דרשה הגדלת דמי ביטוח או תנאים מיוחדים ב- 3 השנים האחרונות?  לא  כן, פרטי: \_\_\_\_\_

5. האם הגשת ב- 3 השנים האחרונות תביעות במסגרת פוליסת תאונות אישיות / מחלות / אובדן כושר עבודה?  לא  כן, פרט מספר תביעות וסכומים \_\_\_\_\_



**הסכמות**
**1. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי למבטח, נמסר בהסכמתי, וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגר המידע של המבטח ו/חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמו וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכלל 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 חברה לביטוח בע"מ (ולא הפניקס ביטוח בע"מ) בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).

<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימה	

**2. הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותי 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 כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של המבטח.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> לא מסכים <input type="radio"/> מסכים
חתימה	

**3. דואר אלקטרוני**

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקבוצה כהגדרתה בטופס זה, לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה, לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל. ידוע לי שבכל עת אוכל לבקש להסיר את פרטי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני, וזאת באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של המבטח.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> לא מסכים <input type="radio"/> מסכים
חתימה	

**4. הסכמה לדיוור שנתי בדואר אלקטרוני - "הפניקס" - ביטוח**

אני מסכים כי הדו"ח השנתי למבטח יישלח לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> לא מסכים <input type="radio"/> מסכים
חתימה	

**5. הסכמה לדיוור שנתי בדואר אלקטרוני - "הפניקס" - פנסיה וגמל**

אני מסכים כי הדו"ח השנתי לעמית יישלח לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> לא מסכים <input type="radio"/> מסכים
חתימה	

**הר הביטוח**

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X -

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

תוכל לשנות את החלטתך בכל עת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.fnx.co.il> או באמצעות טלפון 074-7311155.

<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח	תאריך
חתימה		