

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)

ת.ז.	שם המועמד לביטוח	
	<p>1. 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 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. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה - אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החדשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החדשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החדשית 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. הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/או קווי תקשורת - 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. הצהרה לעניין יתור 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 לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או בירור הזכויות והחובות המוקנות על ידי פוליסה זו ובצורה שתירש 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 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>	
	<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>	
	X	X
חתימת המועמד לביטוח		חתימת בעל הפוליסה
		תאריך

גליון בדיקה אצל רופא

Dear Doctor, kindly remember to attach the health declaration (2 copies) to the examination form and to complete all the details in the form.

ד"ר נכבד אנא זכור לצרף הצהרת הבריאות (שני עותקים) לטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על כל פרטיו.

In the event of AIDS and liver diseases including hepatitis, liver functions are also required in the framework of the laboratory tests.

במקרה של איידס ומחלות כבד כולל צהבת דרוש במסגרת המעבדה גם תפקודי כבד.

פרטי המועמד לביטוח		
I.D ת.ר.	שם הנבדק Name of person examined	תאריך לידה Date of birth
Full name of medical examiner שם הרופא הבודק		

פרטים כלליים	
1. Have you any personal or professional knowledge of the person examined? if "yes", please give dates and full details, if "no", how did you identify him?	האם אתה מכיר את הנבדק אישית או מקצועית? אם התשובה חיובית נא פרט תאריכים ופרטים מלאים. אם התשובה שלילית - ציין איך זיהית את הנבדק. Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> Other/אחר ID <input type="radio"/> לפי ת.ר. <input type="radio"/>
	גובה Height _____ ס"מ _____ cm משקל Weight _____ ק"ג _____ kg
2. Is the appearance of the person appropriate for his age?	האם המראה החיצוני של הנבדק מתאים לגילו? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
3. Report as to the general build and any scars defects, or deformity of body	האם במבנה הגוף קיימים צלקות פגמים או מומים? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
4. Is there any abnormality of the thyroid gland?	האם קיימים שינויים בבלוטת המגן? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
5. Are there any problems with the Locomotor System ?	האם קיימות בעיות במערכת השלד והתנועה? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____ עמוד שדרה <input type="radio"/> Spine <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____ פרקים <input type="radio"/> joints <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____ גפיים <input type="radio"/> Limbs <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____ דליות <input type="radio"/> varicose veins <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____

בית החזה	
6. Are there changes in the chest?	האם יש שינויים בבית החזה? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
7. Were the results of the thoracic percussion test normal?	האם בבדיקת ניקוש בית החזה תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
8. Was the breathing normal ?	האם הנשימה נשמעת תקינה? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
9. Are there any signs of past or present disease?	האם יש סימנים למחלות בעבר ובהווה? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____

לב	
10. Is heart rate normal?	האם קצב הלב תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
11. Is pulse rate normal?	האם הדופק תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
12. Is the apex in the right location?	האם המיקום חוד הלב תקין? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
13. Are there any changes in the size of the heart ?	האם יש שינויים בגודל הלב? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
14. Are there any murmurs? If so - please describe the character and intensity, the position in heart cycle. Are there any changes in breathing and recovery during exertion?	האם נשמעות אוושות? אם כן פרט: אופי, עוצמה, מיקומם במחזור הלב, מיקום בעת העוצמה המירבית? מידת ההולכה, האם יש שינויים במאמץ בנשימה ובהתאוששות? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
15. Are there any changes in cardiac activity following exertion (following 15 knee bends)	האם יש שינויים בפעילות הלב בעקבות מאמץ (15 כפיפות ברכיים)? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____
16. Is there any evidence of arterial changes?	האם קיימת עדות לשינויים בעורקים? Yes/כן <input type="radio"/> No <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> פרט: _____

I.D. ת.ד.	שם הנבדק Name of person examined
-----------	----------------------------------

Circulatory System	מערכת הדם												
Second reading required if the first reading is over 140 (Systolic) or 90 (Diastolic) or if pulse rate is abnormal	17. מדידת לחץ דם שניה נדרשת במקרה של לחץ סיסטולי מעל 140 דסטולי מעל 90 או אם הדופק אינו סדיר או תקין												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">קריאה Reading</th> <th style="width: 25%;">סיסטולי Systolic</th> <th style="width: 25%;">דיסטולי Diastolic</th> <th style="width: 25%;">דופק Pulse rate</th> </tr> <tr> <td>ראשונה First</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>שניה Second</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	קריאה Reading	סיסטולי Systolic	דיסטולי Diastolic	דופק Pulse rate	ראשונה First				שניה Second				
קריאה Reading	סיסטולי Systolic	דיסטולי Diastolic	דופק Pulse rate										
ראשונה First													
שניה Second													
Is blood pressure normal?	18. האם לחץ הדם בגבולות הנורמה? Yes/כן No /לא												

Digestive system	מערכת העיכול
Is the condition of the mouth, the tongue, and the pharynx normal?	19. האם מצב הפה, הלשון ובית הבליעה תקין? Yes/כן No /לא
Is the condition of the teeth and gums normal?	20. האם מצב השיניים והחניכיים תקין? Yes/כן No /לא
Are there changes in the size of the liver or spleen, or any change in the abdomen?	21. האם יש שינויים בגודל הכבד או הטחול או כל שינוי בבטן? Yes/כן No /לא

Nervous system	מערכת העצבים
Are there any symptoms of diseases of the nervous system?	22. האם קיימים סימנים למחלות במערכת העצבים? Yes/כן No /לא
Is there a normal patellar reflex?	23. האם רפלקס פיקת הברך תקין? Yes/כן No /לא
Is there a normal pupillary reflex?	24. האם רפלקס האישונים בעיניים תקין? Yes/כן No /לא
Are the pupils equal?	25. האם האישונים שווים? Yes/כן No /לא

Genito-urinary system	מערכת השתן והמין
Is albumin present in the urine?	26. האם יש חלבון בשתן? Yes/כן No /לא
Is sugar present in the urine?	27. האם יש סוכר בשתן? Yes/כן No /לא
Is there any evidence of urinary infection?	28. האם יש סימנים לזיהומים בדרכי השתן? Yes/כן No /לא

Gynecological Diseases	מחלות נשים
Are there any abnormalities concerning uterine functions, or menstruation or menopause?	29. האם קיימות בעיות רחם? מחזור, בלות? Yes/כן No /לא

Other information	מידע נוסף
Have you any reason to suspect that the insurance candidate is now, or has ever been, intemperate in the use of alcohol or drugs?	30. האם יש לך סיבה לחשוד שהמועמד לביטוח צרך או צורך סמים או אלכוהול? Yes/כן No /לא
Do you recommend that any further information be obtained? if "yes", please specify which information.	31. האם הנך ממליץ לקבל מידע נוסף? אם כן איזה? Yes/כן No /לא
Are you of the opinion that the insurance candidate belongs to a high risk AIDS group? (if "yes", please complete special questionnaire)	32. האם הנך מתרשם כי המועמד לביטוח שייך לקבוצת סיכון בנושא האיידס? אם כן אנא מלא שאלון מתאים Yes/כן No /לא

Please comment on the results of the tests which you have performed	חוות דעתך על תוצאות הבדיקה שביצעת
	33. א.ג.ג. לא תקין / תקין Normal Abnormal
	34. בדיקות נוספות / Additional tests לא / Yes/כן No /לא

Summary of the medical opinion	סיכום חוות דעת
	35. לא תקין / תקין Normal Abnormal

<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחותמת הרופא הבודק		תאריך Date
Your medical opinion regarding the insurance candidate - whether positive or negative, is not to be provided to the examinee or to any other party.		
אין למסור לנבדק או גורם אחר את חוות דעתך הרפואית על המועמד לביטוח הן לחיוב והן לשלילה.		