

הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים

שיטת הפניקס

תיק פנסיוני אישי מבוסס מדדים

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

אנ/אנו החתומים מטה, המעסיק ו/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בניהול הפניקס פנסיה וגמל בע"מ פונים בה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח ו/או לתכנית פנסיה ו/או לקופת גמל כמפורט להלן:

פרטי המעסיק			
שם	מס' חברה (ח"ס)	כתובת	טלפון
אופן הגבייה	הוראת קבע (מא למלא טופס הרשאה לבנק)	הודעת תשלום	אופן התשלום

פרטי המבוטח - העובד			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/>	מספר ילדים	
מין	מצב משפחתי	רופא מטפל	קופת חולים
	כתובת הסניף	מקצוע	עיסוק

תחביבים מסוככים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, ציחה וכו') פרט בהתאם למדרג המקצועות

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. כן לא נא סמן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי 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. כן לא נא סמן

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייתך?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בשאלון טייס
האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט

מינוי מוטבים						
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				ז / נ		
				ז / נ		
				ז / נ		
				ז / נ		
למקרה חיים						
במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח בפוליסה.						
				ז / נ		

תאריך תחילת הביטוח	שכר חודשי מבוטח	ש"ח	<input type="radio"/> תקבול <input type="radio"/> הצמוד מדד <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה	תאריך תחילת העבודה	מס' עובד
--------------------	-----------------	-----	---	--------------------	----------

הפרשות מהשכר					
על חשבון המעסיק	לפיצויים	%	לתגמולים	%	לאובדן כושר עבודה מעל הפרשות
על חשבון העובד	לתגמולים על פי סעיף 45	%	לתגמולים על פי סעיף 47	%	

חלוקת השכר החודשי ההתחלתי

פוליסת שיטת הפניקס יש לסמן את מסלול דמי ניהול המבוקש ואת הפרשות

שכר לקופה משלמת קיצבה	הפרשות	מסלול דמי ניהול מבוקש	שכר לקופה לא משלמת קיצבה	הפרשות	מסלול דמי ניהול מבוקש
ש"ח _____	פיצויים + תגמולים	K ○ L ○ M ○	ש"ח _____	פיצויים + תגמולים	K ○ L ○ M ○
או _____	תגמולים	K ○ L ○ M ○	או _____	תגמולים	K ○ L ○ M ○
% _____ משכר		K ○ L ○ M ○	% _____ משכר		K ○ L ○ M ○
מסלול דמי ניהול מבוקש	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר	להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס		
K מסלול שירות	7% קבוע	1.40%	שנה	0-3	3-6
L מסלול צבירה	0%	2%	4	5	6
M מסלול משולב פלוס	9% יורד	1.20%	דמי ניהול מפרמיה	7	8
			10 ואילך	9	10

על פי תקנה 19, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופה משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה לתגמולים בשיעור שלא יפחת מהוראות החוק. על פי התקנות חלק מעסיק ועובד בתגמולים חייב להיות באותה תוכנית ביטוח לפי השכר המבוטח בכל תכנית.

לרכישת קרן פנסיה מקיפה, קרן פנסיה כללית, קופת גמל או קרן השתלמות יש למלא טופס נפרד

טעמי ההשקעה

במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לברירת המחדל כפי שתוגדר ותתעדכן בחברה מעת לעת ע"י וועדת ההשקעות

טעמי ההשקעה בכפוף להכשר ההילכתי** כן ○ לא (יש לסמן מסלול מבוקש)

טווח תקופת החסכון לצורך השקעה עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)

מידת סיכון רצויה 1 נמוך ביותר ○ 2 בינוני נמוך ○ 3 בינוני ○ 4 בינוני גבוה ○ 5 גבוה

מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל _____ % (טעמי ההשקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

טווח התקופה לניצול כספי הפיצויים ○ זהה לתקופת החיסכון ○ לטווח המינימלי לאחר עזיבה

**ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכתי. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול באמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכתי.

מוברר בזאת כי בסמכותה של ועדת ההשקעות לעדכן את מודל ניהול ההשקעות בכל עת עפ"י שיקול דעתה ובהתאם לתנאי הפוליסה.

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי הפיצויים, ורק אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

יש לחתום על סעיף זה רק במקרה ובבחר מסלול השקעה לפיצויים

שונה ממסלול ברירת מחדל.

חתימת וחותמת המעסיק

תאריך

שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)

א. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

○ נא להחיל סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מלוא הפרשה לפיצויי פיטורים.

לתשומת לב! בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 פיצויי פיטורים מתוקף הצו.

ב. זכאות בלא תנאי (סעיף זה יחול על הפקדות שוטפות בלבד)

○ על כספי הפיצויים תחול זכאות בלא תנאי באופן מידי ○ בתום 36 חודשי עבודה ○ אחר _____

הסבר: פוליסה הכוללת הפרשות בגין פיצויי פיטורים קולטת כספים על חשבון או במקום חבות המעסיק לתשלום פיצויי פיטורים. המעסיק רשאי ליעד כספים ששולמו לתגמולים לתשלום חשבון מחוייבותו על פי חוק פיצויי פיטורים עד לגובה הסכום החסר בחשבון הפיצויים, ובתנאי שחלף מועד שנקבע כמפורט מעלה וחתם לטובת העובד על "זכאות בלא תנאי". בתכנית שאיננה משלמת קצבה ישולמו הפיצויים צמודים למדד או לרווחי השקעות (הגבוה מביניהם) - על פי תנאי הפוליסה וההפרש החסר אם ישנו, יושלם מתוך צבירת תגמולי המעסיק וזאת עד תום שבע שנים מיום הוצאת הפוליסה או מהיום שבו בוצע שינוי מעסיק, לפי המאוחר. בתכנית מסוג קצבה ישולמו הפיצויים כשהם צמודים למדד או לרווחי השקעות הגבוה מביניהם - על פי תנאי הפוליסה, וההפרש החסר אם ישנו, יושלם מתוך צבירת התגמולים ששולמו על ידי העובד והמעסיק וזאת ללא מגבלת זמן.

ג. העברת בעלות אוטומטית

○ על כספי הפיצויים יחול נספח "העברת בעלות אוטומטית" במקרה של עזיבת עבודה

משמעות סעיף זה הינה מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הבעלות על הפוליסה תעבור אוטומטית לידי המבוטח. אם תסתיים עבודת המבוטח אצל המעסיק מכל סיבה שהיא המעסיק לא יוכל לקבל החזר כספי כלשהו ללא קבלת הסכמת המבוטח.

חתימת וחותמת המעסיק

מסלול הביטוח בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה

○ ש"ח לא כולל צבירה ○ משכורת לא כולל צבירה

○ ש"ח כולל צבירה ○ משכורות כולל צבירה

○ סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר ○ סכום ביטוח ככפולת משכורות כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר

טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה

מס' סידורי	מלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז מהשכר בפוליסה או בשקלים	
	אחוז מהשכר בפוליסה לתשלום חודשי	סכום חודשי בשקלים
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

סכום הביטוח אשר ירכש בפוליסה יחושב לפי ריבית תחשיבית ברוטו בשיעור שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול בשיעור שנתי של 0.5%.

תום תקופת הפוליסה

תום תקופת כל הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך ההפרשות ותום תקופת ביטוח למרכיב החיסכון תהיה - גיל 67.
 אם ברצונך גיל סיום אחר לכיסויים הביטוחיים ולמרכיב החיסכון - בא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

כיסויים למקרה מוות שירכשו מתוך התקציב (לפי בחירת המבוטח)

<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים (404)	סכום ביטוח של	ש"ח לחודש <input type="radio"/> ללא תקרה <input type="radio"/> מוגבל ב % _____ משכר <input type="radio"/>
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)	סכום ביטוח של	ש"ח לחודש <input type="radio"/> ללא תקרה <input type="radio"/> מוגבל ב % _____ משכר <input type="radio"/>

במקרה של חריגה מהתקציב שהוגדר לכל כיסוי, יוקטן גובה סכום הביטוח בכיסוי בהתאם לתקרה שנקבעה.

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה | % משכר _____ | משכר של _____ | שחרור בלבד

1. מתוך התגמולים (1)

2. בתקציב מעסיק (מעל ההפרשות) (21)

3. בתקציב מעסיק (מעל ההפרשות) והיתרה מתוך התגמולים (20)

4. בתקציב העובד (מעל ההפרשות) (3) מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר ללא תקרה

5. בתקציב המעסיק (מעל ההפרשות) והיתרה בתקציב העובד מעל להפרשות (22) מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר ללא תקרה

בפרמיה: קבועה (826, 827) משתנה מדי שנה (828, 829) תקופת המתנה בחודשים 3 6

ביטוח לגיל | ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67). בהעדר הנחיה יקנה הביטוח לגיל 67

האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? לא כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח

הרחבות לאובדן כושר עבודה - בא לסמן הרחבות מבוקשות:

פרנצ'יז - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

הרחבה עיסוקית (2)

***נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה** הרחבה רגילה (4) הרחבה משופרת (6) הרחבה מושלמת (8)

נכות חלקית כוללת החרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (3) הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (7)

ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)

שיקום, אשפוז וסיעוד (10)

*ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות

"עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?

קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____

קרן פנסיה חדשה: גובה פנסית הנכות ש"ח _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____

פיצוי חודשי לגיל 67* _____ ש"ח לחודש

ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה בפרמיה קבועה (1510) בפרמיה משתנה (1511)

ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה בפרמיה קבועה (1514) בפרמיה משתנה (1515)

תקציב פרמיה למבוטח	<input type="radio"/> (21) יקבע על-פי תקציב מעסיק <input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר <input type="radio"/> ללא מוגבל תקרה <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> (22) בתקציב המעסיק מעל ההפרשות והיתרה בתקציב העובד מעל ההפרשות <input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר <input type="radio"/> ללא מוגבל תקרה <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> (3) ע"ח עובד בתקציב נוסף אופן העברת הפרמיה <input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר <input type="radio"/> ללא מוגבל תקרה <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> יישולם ע"י המעסיק <input type="radio"/> יישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)

הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים הרחבה משופרת * במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

לתשומת לבך! כיסויים אשר נרכשו במגבלת תקרה עלולים לקטון במגבלת התקציב עקב השתנות הפרמיה במהלך השנים.

כיסויים נוספים שירכשו בפוליסה נפרדת

ש"ח	<input type="radio"/> "מרפא" <input type="radio"/> פלטינה (542, 606) <input type="radio"/> זהב (541, 605) <input type="radio"/> כסף (540, 604) <input type="radio"/> ארד (539, 603)	ריסק משתנה מדי שנה (511) ש"ח	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים (404) ש"ח
ש"ח	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	מוות מתאונה (909) ש"ח	<input type="radio"/> מוות מתאונה
ש"ח	<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	נכות מתאונה (52) ש"ח	<input type="radio"/> נכות מתאונה
(511) ש"ח	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה <input type="radio"/> קבועה (662) <input type="radio"/> משתנה (611)	ש"ח לחודש (346) _____ לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה

כיסוי גשר

<p>גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)</p>	<p>תשומת לבכם! גיל מינימלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ מקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום נוכחי קטן משנה) _____</p>
<p>תקציב פרמיה</p>	<p>בתקציב עובד מעל ההפרשות</p>
<p>אופן העברת הפרמיה</p>	<p>ישולם ע"י המעסיק ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)</p>
<p>האם אתם עומד לעזוב את מקום העבודה? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p>	
<p>הערה: באם התשלום ע"י עובד תשוחרר פוליסת הצל בלבד.</p>	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס
שם בעל הכרטיס	מס' זהות
חתימת בעל הכרטיס	<input checked="" type="checkbox"/>

הרשאה לחיוב חשבון

<p>מס' החשבון בבנק</p>	<p>סוג החשבון</p>	<p>קוד סניף</p>	<p>קוד בנק</p>	<p>בנק</p>	<p>סניף</p>
<p>קוד מוסד 611</p>	<p>אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</p>	<p>כתובת הסניף</p>			
<p>מס' ת.ז. / ח.פ.</p>	<p>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</p>	<p>רחוב</p>	<p>מספר</p>	<p>עיר</p>	<p>מיקוד</p>
<p>1. אני/הח"מ</p>	<p>נותרים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הני"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p>				
<p>2. ידוע לי/לנו כי:</p>	<p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>				
<p>3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p>	<p>4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p>				
<p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p>	<p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p>				
<p>7. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>	<p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>				
<p>חתימת בעל החשבון</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>				<p>תאריך</p>

אישור הבנק

<p>מס' החשבון בבנק</p>	<p>סוג החשבון</p>	<p>קוד סניף</p>	<p>קוד בנק</p>	<p>לכבוד</p>
<p>קוד מוסד 611</p>	<p>אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</p>	<p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p>		
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר 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 לביצוען; 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 בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>				<p>ת.ד. 2533 תל-אביב 61253</p>
<p>חתימה וחומת הבנק</p>	<p>מספר הסניף</p>	<p>שם הבנק</p>	<p>תאריך</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>

שם המבוטח		ת.ז.	
<p>1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. 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 שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".</p> <p>הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p>			
<p>2. אני החתום מטה, המעסיק, של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרפו את העובד לתוכנית כמפורט בהצעה, והנני מתחייב להעביר אליכם את התשלומים לפוליסה זו כסדרם ובמלואם ע"פ השכר המבוטח ובכפוף להוראות החוק.</p>			
<p>3. 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 בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>			
<p>4. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/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.</p>			
<p>5. אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למטרתה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "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 כל 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.</p>			
<p>6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למטבחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המעסיק	<input checked="" type="checkbox"/>
		חתימת המבוטח	

לתשומת לבך, מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה.
הערה זו מתייחסת לפעולות הבאות : פדיון מלא או חלקי , העברת כספים בין קופות גמל , שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי השקעה

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח	
<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך מעוניין למנותו, בבקשה לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המעסיק	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח	

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 מגבלה 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>	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח	

אישור הסוכן			
<p>הנני מאשר כי שאלתי את המעסיק ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ב"יעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחומת הסוכן
			<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת בריאות

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן		מבטח ראשי	
1. גובה משקל			
לנשים: האם הינך בהריון?			
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן, בא פרט גיל		מחלה או סיבת מוות	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן - ציין תרופה		מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן - ציין מתי		משך האשפוז	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
7. האם הינך צורך משקאות חריפים?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע		כוסיות	
8. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים	
9. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפדת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.		מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, זתת, ציסטות, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיטיטיס פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרות: ימין		שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
9. האם עברת בדיקות או הינך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
אם כן - ציין סוג הבדיקה		תאריך	
אם הבדיקה הייתה תקינה? אם צרף תוצאות הבדיקות.		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	

פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

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/פגיעות	6. דרכי העיכול	7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי
----------	-------------------	--------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

חתימת המבוטח

תאריך	שם המועמד לביטוח	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>