הפניקס חברה לביטוח בע"מ | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ
פקס החברה לביטוח: 03-5735111 | פקס פנסיה וגמל: 03-7329021
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

"מסלול לחיים" - הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים

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

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

אני/ אנו החתומים מטה, המעסיק ו/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בניהול הפניקס פנסיה וגמל בע"מ פונים בזה 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"פ)	כתובת	טלפון

אופן הגבייה	○ הוראת קבע (בא למלא טופס הרשאה לבנק)	○ הודעת תשלום	אופן התשלום	חודשי

פרטי המבוטח - העובד

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה

מין	מצב משפחתי	רופא מטפל	קופת חולים
○ זכר ○ נקבה	○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן _____ ילדים		

כתובת הסניף	מקצוע	עיסוק

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, ציחה וכו') פרט בהתאם למדריך 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. בא סמן ○ לא ○ כן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשמ"ב - 1982.
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. בא סמן ○ לא ○ כן

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך?	○ לא ○ כן, פרט
האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	○ לא ○ כן, פרט בשאלון טייס
האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	○ לא ○ כן, פרט
האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות	○ לא ○ כן, פרט

מינוי מוטבים - למבוטח

	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למקרה מוות							
למקרה חיים							

		◯ תקבול ◯ הצמוד מדד	◯ צמוד תוספת יוקר עם תקרה ◯ צמוד תוספת יוקר בלי תקרה	
תאריך תחילת הביטוח	שכר חודשי מבוטח	הצמדת שכר	תאריך תחילת העבודה	מס' עובד

הפרשות מהשכר

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

חלוקת השכר החודשי ההתחלתי

פוליסת מסלול לחיים יש לסמן את מסלול דמי הניהול המבוקש ואת ההפרשות

שכר לקופה משלמת קיצבה	הפרשות	מסלול דמי ניהול מבוקש	שכר לקופה לא משלמת קיצבה	הפרשות	מסלול דמי ניהול מבוקש
_____ ש"ח	◯ פיצויים + תגמולים	◯ M ◯ L ◯ K	_____ ש"ח	◯ פיצויים + תגמולים	◯ M ◯ L ◯ K
או	◯ תגמולים	◯ M ◯ L ◯ K	או	◯ פיצויים	◯ M ◯ L ◯ K
% _____ משכר		◯ M ◯ L ◯ K	% _____ משכר	◯ תגמולים	◯ M ◯ L ◯ K

מסלול דמי ניהול מבוקש	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון הצטבר
K מסלול שירות	7% קבוע	1.40%
L מסלול צבירה	0%	2%
M מסלול משולב פלוס	9%	1.20%

להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס

שנה	0-3	3-6	6	7	8	9	10 ואילך
דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%

◯ הפניקס פנסיה מקיפה	יש למלא הצטרפות לקרן הפנסיה
◯ הפניקס פנסיה כללית	
◯ קופת גמל	יש למלא טופס הצטרפות לגמל/קרן השתלמות
◯ קרן השתלמות	

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.

מסלול השקעות

	פיצויים	תגמולים
◯ כללי 1		

מסלול אחר

	פיצויים	תגמולים		פיצויים	תגמולים
◯ אג"ח צמודי מדד	%	%	◯ אג"ח 2 - (לפחות 50% אג"ח)	%	%
◯ אג"ח 1 (לפחות 60% אג"ח)	%	%	◯ מניתי 1 - (לפחות 50% מניות)	%	%

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

יש לחתום על סעיף זה רק במקרה ובבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל - כללי 1.

תאריך	חתימת וחותמת המעסיק

שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)

א. סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים

◯ נא להחיל סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים על מלוא ההפרשה לפיצוי פיטורים.

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

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

◯ על כספי הפיצויים תחול זכאות בלא תנאי באופן ◯ מיידי ◯ בתום 36 חודשי עבודה ◯ אחר _____

הסבר: פוליסה הכוללת הפרשות בגין פיצוי פיטורים קולטת כספים על חשבון או במקום חבות המעסיק לתשלום פיצוי פיטורים. המעסיק רשאי לייעד כספים ששולמו לתגמולים לתשלום חשבון מחוייבותו על פי חוק פיצוי 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 למבוטח ראשי בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה (511)

◯ 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		לתקופה (בשנים)
	אחוז מהשכר בפוליסה לתשלום חודשי	סכום חודשי בשקלים	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

סכום הביטוח אשר יירכש 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 הנירכשים מתוך ההפרשות ותום תקופת ביטוח למרכיב החיסכון תהיה - גיל 67.

◯ אם ברצונך גיל סיום אחר לכיסויים הביטוחיים ולמרכיב החסכון - נא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

כיסויים למקרה מוות שירכשו מתוך התקציב (לפי בחירת המבוטח)

◯ ריסק משתנה מדי 5 שנים (404)	סכום ביטוח של	ש"ח לחודש	◯ ללא תקרה	◯ מוגבל ב %_____ משכר
◯ הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)	סכום ביטוח של	ש"ח לחודש	◯ ללא תקרה	◯ מוגבל ב %_____ משכר

הקטנת הכסויים במקרה של חריגה מהתקציב המותר על פי התקנות

◯ הקטנת כיסוי מוות ואח"כ הקטנת הפיצוי החודשי (2)	כיסוי שחרור מפרמיה ישאר במלואו כל עוד יש כיסויים נוספים להקטנה

לצורך רכישת כיסויים נוספים בפרמיה נוספת ע"ח העובד, יש למלא דף מס' 4.

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 נא לסמן קוד אחד בלבד

הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה ◯ הרחבה רגילה (4) ◯ הרחבה משופרת (6) ◯ הרחבה מושלמת (8)

הרחבה כולל החרגת תאונות עבודה ◯ הרחבה רגילה (3) ◯ הרחבה משופרת (5) ◯ הרחבה מושלמת (7)

◯ פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) | * במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

"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 ראשי	◯ (21) יקבע על-פי תקציב מעסיק	◯ מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר	◯ ללא מוגבל תקרה
	◯ (22) בתקציב המעסיק מעל ההפרשות והיתרה בתקציב העובד מעל ההפרשות	◯ מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר	◯ ללא מוגבל תקרה
	◯ (3) ע"ח עובד בתקציב נוסף	◯ מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר	◯ ללא מוגבל תקרה
	אופן העברת הפרמיה	◯ ישולם ע"י המעסיק ◯ ישולם 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

◯ ריסק משתנה מדי שנה	ש"ח (511)	◯ "מרפא" ◯ פלטינה (523, 533) ◯ זהב (522, 532) ◯ כסף (521, 531) ◯ ארד (530, 520)	ש"ח
◯ ריסק משתנה מדי 5 שנים	ש"ח (404)		
◯ מוות מתאונה	ש"ח (909)	◯ נכות מקצועית (58)	ש"ח
◯ נכות מתאונה	ש"ח (52)	◯ נכות רגילה (57)	ש"ח
◯ הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	_____ ש"ח לחודש (346) לתקופה של _____ שנים	◯ שחרור בלבד בפרמיה ◯ קבועה (662) ◯ משתנה (611)	ש"ח (511)

כיסוי גשר

◯ גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)		לתשומת 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) _____ האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה? ◯ כן ◯ לא
תקציב פרמיה למבוטח ראשי	◯ בתקציב עובד מעל ההפרשות	
אופן העברת הפרמיה	◯ ישולם ע"י המעסיק ◯ ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)	הערה: באם התשלום ע"י עובד תשוחרר פוליסת הצל בלבד.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס
שם בעל הכרטיס	מס' זהות / חתימת בעל הכרטיס

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד

בנק	סניף
כתובת הסניף	
מס' החשבון בבנק	סוג החשבון / קוד סניף / קוד בנק
קוד מוסד: 611	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)

1. אני/ו הח"מ — שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק — מס' ת.ז. / ח.פ.
   כתובת: רחוב — מספר — עיר — מיקוד

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"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".

2. ידוע לי/לנו כי:
   א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק 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.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".
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.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך		חתימת בעל החשבון

אישור הבנק

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ת.ד. 2533 תל-אביב 61253

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון / קוד סניף / קוד בנק
קוד מוסד: 611	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם המבוטח	ת.ז.

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 פנסיה וגמל 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 שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובתיי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".

   הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.

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.

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.

4. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשתי 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.

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 למשטרה, 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.

6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

תאריך	חתימת המעסיק	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

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

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.

תאריך	חתימת המעסיק	חתימת המבוטח
	✓	✓

אישור תנאי קבלה מיוחדים

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.

תאריך		חתימת המבוטח
		✓

אישור הסוכן

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 בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.

תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימת המבוטח
			✓

הצהרת בריאות

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן — מבוטח ראשי

1. גובה ____ משקל ____	
לנשים: האם הינך בהריון?	◯ כן ◯ לא
האם חל שינוי **לא רצוני** של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא
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	◯ כן ◯ לא
אם כן, נא פרט גיל ____ קירבה ____ מחלה או סיבת מוות ____	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?	◯ כן ◯ לא
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	◯ כן ◯ לא
אם כן - ציין תרופה ____ מינון ____ תרופה ____ מינון ____	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	◯ כן ◯ לא
אם כן - ציין מתי ____ משך האשפוז ____ סיבת האשפוז / הניתוח ____	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	◯ כן ◯ לא
האם הינך צורך משקאות חריפים?	◯ כן ◯ לא
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	◯ כן ◯ לא
אם כן, ציין מספר סגריות ליום ____ משך העישון בשנים ____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) ____	
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפזת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך.	
א. **מחלות לב וכלי דם:** הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה), יתר לחץ דם, אחר?	◯ כן ◯ לא
האם הושתל בגופך קוצב לב או סטנט?	◯ כן ◯ לא
ב. **מחלות ממאירות וגידול סרטני?**	◯ כן ◯ לא
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 פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?	◯ כן ◯ לא
ד. **מחלות עור:** פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזזת, ציסטות, אחר?	◯ כן ◯ לא
ה. **מחלות חילוף חומרים:** סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות	◯ כן ◯ לא
ו. **מחלות דרכי העיכול:** מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?	◯ כן ◯ לא
ז. **מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?**	◯ כן ◯ לא
ח. **מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:** אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?	◯ כן ◯ לא
ט. **מחלות מערכת החושים:** עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראיה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראיה ושמיעה אחרות?	◯ כן ◯ לא
אם הנך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין ____ שמאל ____	
י. **מחלות מערכת הדם / החיסון:** אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?	◯ כן ◯ לא
יא. **מחלות מערכת השלד והתנועה:** כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	◯ כן ◯ לא
יב. **מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות:** אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?	◯ כן ◯ לא
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?	◯ כן ◯ לא
אם כן - ציין סוג הבדיקה ____ תאריך ____ אבחנה ____	
האם הבדיקה היתה תקינה? אנא צרף תוצאות הבדיקות.	◯ כן ◯ לא
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	◯ כן ◯ לא
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא

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'
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'
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/פציעות
6. דרכי העיכול
7. גידולים
8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם
10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטחים

תאריך	שם המועמד לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח
	✓		✓