

"מסלול לחיים" - הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים, לקרן פנסיה ולקופת גמל

(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, המעביד/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בניהול הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או לקופת הגמל הפניקס גמל 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 המעביד			
שם	מס' חברה (ח"פ)	כתובת	טלפון
אופן הגבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע (בא למלא טופס הרשאה לבנק)	<input type="radio"/> הודעת תשלום	אופן התשלום
		אופן תשלום	חודשי

בכל הצטרפות לקרן פנסיה יש למלא פרטי מבוטח שני במסגרת המודגשת.

פרטי המבוטח - השני	
שם פרטי	שם משפחה
ט"ב	ת.ז.
תאריך לידה	מין
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים
המצב המשפחתי	מיון
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

פרטי המבוטח הראשי - העובד	
שם פרטי	שם משפחה
ט"ב	ת.ז.
תאריך לידה	מין
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים
המצב המשפחתי	מיון
הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

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

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות הצעות פוליסות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם קיימות בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף? אם כן, יש למלא ולחתום על שאלון החלפה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט

פרטי הילדים		לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן הפנסיה יש למלא את פרטי הילדים עד ביל 21.	
1.	שם הילד	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
2.	שם הילד	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
3.	שם הילד	ת.ז.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

מינוי מוטבים - למבוטח השני				
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה

לתשומת לב! המוטבים בקרן הפנסיה הם לפי תקנון הקרן.

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי				
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה
שם	ת.ז.	קרבה	חלקים	תאריך לידה

לתשומת לב! המוטבים בקרן הפנסיה הם לפי תקנון הקרן.

שכר חודשי מבוטח	ש"ח	0 1 2 0	תאריך התחלת הביטוח	מס' עובד
<input type="radio"/> תקבול <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="radio"/> צמוד מדד <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה <input type="radio"/> הצמדת שכר	תאריך תחילת העבודה	מס' עובד		

הפרשות מהשכר			
על חשבון המעביד	לפיצויים	לתגמולים	לצד שכר
%	%	%	%
על חשבון העובד	לתגמולים על פי סעיף 45	לתגמולים על פי סעיף 47	לצד שכר

חלוקת השכר החודשי ההתחלתי						
פוליסת מסלול לחיים יש לסמן את מסלול דמי הניהול המבוקש ואת הפרשות						
שכר לקופה משלמת לקצבה	הפרשות	שכר לקופה לא משלמת לקצבה	הפרשות	שם הפוליסה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
ש"ח	<input type="radio"/> פיצויים + תגמולים	ש"ח	<input type="radio"/> פיצויים + תגמולים	N מסלול יורד	13% יורד	1%
או	<input type="radio"/> תגמולים	או	<input type="radio"/> פיצויים	M מסלול משולב פלוס	9% יורד	1.20%
% משכר		% משכר	<input type="radio"/> תגמולים	K מסלול שירות	7% קבוע	1.40%
				L מסלול צבירה	0%	2%
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה שכר ש"ח <input type="radio"/> הפניקס פנסיה כללית שכר ש"ח <input type="radio"/> קופת גמל שכר ש"ח <input type="radio"/> קרן השתלמות שכר ש"ח						
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 מעביד ועובד בתגמולים חייב להיות באותה תוכנית ביטוח לפי השכר המבוטח בכל תכנית.						

מסלול השקעות		
תגמולים	פיצויים	כללי 1
%	%	<input type="radio"/>

מסלול אחר					
תגמולים	פיצויים	תגמולים	פיצויים	תגמולים	פיצויים
%	%	%	%	%	%
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

אישור המעביד לבחירת מסלול השקעה לכספי הפיצויים, ורק אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
יש לחתום על סעיף זה רק במקרה ובבחר מסלול השקעה שונה לפיצויים.	חתימה וחומת המעביד

א. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

- נא להחיל סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מלוא ההפרשה לפיצויי פיטורים.
- על להחיל סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על השלמת ההפרשה לפיצויי פיטורים.

לתשומת לב! על צבירת הפקדות המעביד לפיצויים המועברות מתוקף צו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים.

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 פיצויי פיטורים קולטת כספים על חשבון או במקום חבות המעביד לתשלום פיצויי פיטורים. המעביד רשאי לייעד 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, וישלם מתוך צבירת תגמולי המעביד וזאת עד תום שבע שנים מיום הוצאת הפוליסה או מהיום שבו בוצע שינוי מעביד, לפי המאוחר. בתכנית מסוג קצבה ישולמו הפיצויים כשהם צמודים למדד או לרווחי השקעות הגבוהה מביניהם - על פי תנאי הפוליסה, וההפרש החסר אם ישנו, וישלם מתוך צבירת התגמולים ששולמו על ידי העובד והמעביד 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 המעביד מכל סיבה שהיא המעביד לא יוכל לקבל החזר כספי כלשהו ללא קבלת הסכמת המבוטח.



חתימה וחותמת המעביד

מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד - ריסק ו פרמיה משתנה כל שנה

<input type="radio"/> ש"ח צמוד למדד כולל צבירה (4)	<input type="radio"/> ש"ח צמוד למדד כולל צבירה (3)
<input type="radio"/> מספר משכורות לא כולל צבירה (6)	<input type="radio"/> מספר משכורות כולל צבירה (5)

תום תקופה

- 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) עלות הכיסויים הביטוחיים תיגבה

<input type="radio"/> ריסק משתנה מידי 5 שנים (404)	סכום ביטוח של	<input type="radio"/> ש"ח לחודש <input type="radio"/> ללא תקרה	<input type="radio"/> מוגבל ב % _____ משכר
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה (246)	סכום ביטוח של	<input type="radio"/> ש"ח לחודש <input type="radio"/> ללא תקרה	<input type="radio"/> מוגבל ב % _____ משכר
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)	סכום ביטוח של	<input type="radio"/> ש"ח לחודש <input type="radio"/> ללא תקרה	<input type="radio"/> 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.

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

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

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה	% משכר לסכום ביטוח	<input type="radio"/> שחרור בלבד
1. מתוך התגמולים (1)		
2. בתקציב מעביד (מעל הפרשות) (21)		
3. בתקציב מעביד (מעל הפרשות) והיתרה מתוך התגמולים (20)		
<input type="radio"/> בתקציב העובד (מעל הפרשות) (3)	<input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר	<input type="radio"/> ללא תקרה
<input type="radio"/> בתקציב המעביד (מעל הפרשות) והיתרה בתקציב העובד מעל הפרשות (20)	<input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר	<input type="radio"/> ללא תקרה
פרמיה: <input type="radio"/> קבועה (826, 827) <input type="radio"/> משתנה מדי שנה (828, 829)	<input type="radio"/> תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח		

הרחבות לאובדן כושר עבודה בא לסמן קוד אחד בלבד

- הרחבה ללא חחרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (4) הרחבה משופרת (6) הרחבה מושלמת (8)
- הרחבה כולל חחרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (3) הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (7)
- פרבצ'יה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

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

מבוטח ראשי	מבוטח שני (ירכש בפוליסה נפרדת)
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות _____ ש"ח שם הקרן _____ החל מתאריך _____	האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות _____ ש"ח שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67 * _____ ש"ח לחודש (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)	פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67 * _____ ש"ח לחודש (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511)
<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)	<input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)
<input type="radio"/> תקציב פרמיה למבוטח ראשי	<input type="radio"/> (21) יקבע על-פי תקציב מעביד <input type="radio"/> (3) ע"ח עובד בתקציב נוסף <input type="radio"/> מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר <input type="radio"/> לא מוגבל בתקרה
<input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים	<input type="radio"/> הרחבה משופרת

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

← כיוסיים נוספים שירכשו בפוליסה נפרדת

סוג הכיסוי	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילדים (לכל הילדים שצוינו בדף 1)
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה	ש"ח (404)	ש"ח (512)	
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים		ש"ח (405)	
<input type="radio"/> מוות מאבונה	ש"ח (909)	ש"ח (909)	
<input type="radio"/> נכות מאבונה	ש"ח (52)	ש"ח (52)	ש"ח (152)
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה	ש"ח _____ לחודש (246) לתקופה של _____ שנים	ש"ח _____ לחודש (247) לתקופה של _____ שנים	
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח _____ לחודש (346) לתקופה של _____ שנים	ש"ח _____ לחודש (347) לתקופה של _____ שנים	
<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (733, 633) <input type="radio"/> זהב (732, 632) <input type="radio"/> כסף (731, 631) <input type="radio"/> ארד (730, 630)	ש"ח	ש"ח	ש"ח (634)
<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	ש"ח	ש"ח	
<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	ש"ח	ש"ח	
<input type="radio"/> השתלות ועוד+סגולה מורחבת (1716+1707)			
<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה <input type="radio"/> קבועה (662) <input type="radio"/> משתנה (611)			
<input type="radio"/> גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באובדן כושר עבודה)			לתשומת לבכם! גיל מינימאלי 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 <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

שם מבוטח ראשי	ת.ז.	שם מבוטח שני	ת.ז.
<p>1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים 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 בימינו 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) 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, המעביד, של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרפו את העובד לתוכנית כמפורט בהצעה, והנני מתחייב להעביר את התשלומים כסדרם כנקוב בהצעה לביטוח.</p>			
<p>3. 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 בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>			
<p>4. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושירותים 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 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 ניהול קרנות פנסיה וגמולים 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 עובדי וביאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
תאריך	חתימת המעביד	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

מינוי הסוכן כשלוח המעביד/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך 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 המעביד	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 הראשי	חתימת המבוטח השני
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המעביד 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 ביעוץ פניסיוני ובשיווק פניסיוני) התשס"ה-2005.

תאריך	חתימה וחתימת הסוכן
	<input checked="" type="checkbox"/>



באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

1.	גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="radio"/> לא <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			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט גיל <input type="text"/> קירבה <input type="text"/> מחלה או סיבת מוות <input type="text"/>				
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פגיעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?				
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות				
4.	האם נטלת בעבר או היך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין <input type="text"/> תרופה <input type="text"/> מינון <input type="text"/>				
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין מתי <input type="text"/> משך האשפוז <input type="text"/> סיבת האשפוז / הניתוח <input type="text"/>				
6.	האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם היך צורך משקאות חריפים?				
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות				
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין מספר סגריות ליום <input type="text"/> משך העישון בשנים <input type="text"/> מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) <input type="text"/>				
8.	האם היית או היך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.			
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיאה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?				
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?				
ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני? (7)				
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, 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? (10,7)				
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר? (10,7)				
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)				
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)				
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)				
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסיטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)				
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכויות ופציעות)				
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין <input type="text"/> שמאל <input type="text"/>				
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)				
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיבורמיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)				
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)				
9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, אל כול בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?				
אם כן - ציין סוג הבדיקה <input type="text"/> תאריך <input type="text"/> אבחנה <input type="text"/>				
האם הבדיקה הייתה תקינה <input type="text"/>				
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?				
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים <input type="radio"/>				

רשימת שאלוני המשך

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

חתימת המבוטח

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת הביטוח שברשותך, אנב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

פוליסות ביטוח חיים

האם בידך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח החיים הקיימות שבידיך:

יבוטלו

כן לא

ייפדו באופן חלקי או מלא

כן לא

יסולקו באופן חלקי או מלא

כן לא

ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן

כן לא

ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן

כן לא

האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:

בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי

כן לא

בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח

כן לא

פוליסות ביטוח בריאות (יש למלא במקרה של רכישת כיסוי בריאות)

האם בידך פוליסות בריאות שבתוקף?

כן לא

במקרה שהתשובה היא כן:

כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך, האם פוליסות ביטוח הבריאות הנ"ל, לרבות ריידרים (נספחים, כיסויים וביטוחים נוספים):

1. עשויות להתבטל או תתבטלנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסולקנה באופן חלקי או מלא

כן לא

תסתיימנה בכל דרך אחרת

כן לא

2. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה על ידך ו/או ריידרים לפוליסה כזו, כאמור לעיל, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית הקיימת, כגון:

בכיסויים הביטוחיים

כן לא

בסכומי הביטוח או בפרמיה

כן לא

חתימות

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו- 2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

שם המבוטח	מס' ת.ז.	טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:

כן לא

שם הסוכן	מס' הסוכן	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת הסוכן
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת / חותמת הסוכנות

