

הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים



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

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

אני/אנו החתומים מטה, המעביד ו/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בניהול הפניקס ביהול 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	חודשי	

פרטי המבוטח - העובד					
שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	תאריך לידה		
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	המצב המשפחתי	קופת חולים	הרופא המטפל	ילדים
מין		המצב המשפחתי	קופת חולים	הרופא המטפל	ילדים
		כתובת הסניף	עיסוק	מקצוע	

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות

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

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 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. בא סמן לא כן

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך? לא כן, פרט

האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? לא כן, העבר שאלון 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, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

פרטי הילדים					
לצורך רכישת ביטוחים נוספים יש למלא את פרטי הילדים. למצטרפים לקרן הפנסיה יש למלא את פרטי הילדים עד גיל 21.					
1.	שם הילד	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
2.	שם הילד	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
3.	שם הילד	ס"ב	ת.ד.	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי										
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים				
				ז / נ						למקרה מוות
				ז / נ						
				ז / נ						
				ז / נ						
				ז / נ						
				ז / נ						למקרה חיים
				ז / נ						

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

הפרשות מהשכר					
למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח
למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח	למבוטח

חלוקת השכר החודשי ההתחלתי									
פוליסת שיטת הפניקס יש לסמן את מסלול דמי ניהול המבוטח ואת ההפרשות									
מסלול מבוטח	הפרשות	שכר לקופה משלמת לקצבה	מסלול מבוטח	הפרשות	שכר לקופה משלמת לקצבה				
K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="radio"/> פיצויים + תגמולים	ש"ח _____	K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="radio"/> פיצויים + תגמולים	ש"ח _____				
K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="radio"/> פיצויים	או _____	K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="radio"/> תגמולים	או _____				
K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="radio"/> תגמולים	% _____ משכר	K <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		% _____ משכר				
להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס			דמי ניהול מהחיסכון המצטבר		דמי ניהול מהתשלום התקופתי		מסלול הפוליסה		
שנה	0-3	3-6	6	7	8	9	10 ואילך	7% קבוע	<input type="radio"/> K מסלול שירות <input type="radio"/> L מסלול צבירה <input type="radio"/> M מסלול משולב פלוס
דמי ניהול מפרמיה	9%	8%	7%	6%	5%	4%	3%	9% יורד	<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה <input type="radio"/> הפניקס פנסיה כללית <input type="radio"/> קופת גמל <input type="radio"/> קרן השתלמות
על פי תקנה 19, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופה משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה לתגמולים בשיעור שלא יפחת מהוראות החוק.			יש למלא טופס הצטרפות לקרן הפנסיה						
על פי התקנות חלק מעביד ועובד בתגמולים חייב להיות באותה תוכנית ביטוח לפי השכר המבוטח בכל תכנית.			יש למלא טופס הצטרפות לגמל/קרן השתלמות						

טעמי ההשקעה *									
טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80).									
מידת סיכון רצויה <input type="radio"/> 1 נמוך ביותר <input type="radio"/> 2 בינוני נמוך <input type="radio"/> 3 בינוני <input type="radio"/> 4 בינוני גבוה <input type="radio"/> 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									
* במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לברירת המחדל כפי שתוגדר ותעדכן בחברה מעת לעת ע"י וועדת ההשקעות									

שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)

א. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

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

לתשומת לב! בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי-כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק יחול סעיף 14 לחוק פיצויי 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 פיצויי פיטורים קולטת כספים על חשבון או במקום חבות המעביד לתשלום פיצויי פיטורים. המעביד רשאי לייעד כספים ששולמו לתגמולים לתשלום חשבון מחויבותו 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 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, יושלם 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 וחוממת המעביד

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

על המעביד לחתום בסעיף זה רק כאשר טעמי ההשקעה מוגדרים על ידי המבוטח ולא על פי ברירת מחדל.



חתימה וחוממת המעביד

תאריך

מסלול הביטוח למבוטח - ריסק ו פרמיה משתנה כל שנה

<input type="radio"/> ש"ח לא כולל צבירה	<input type="radio"/> משכורות לא כולל צבירה
<input type="radio"/> ש"ח כולל צבירה	<input type="radio"/> משכורות כולל צבירה
<input type="radio"/> סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר	<input type="radio"/> סכום ביטוח כפופות 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		
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 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 מיידי 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

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 לסכום ביטוח | שחרור בלבד

1. מתוך התגמולים (1)

2. בתקציב מעביד (מעל ההפרשות) (21)

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

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

5. בתקציב המעביד (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 אחרת ייקנה 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 קוד אחד בלבד

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

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

פרנצ'יז - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

← **"עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתים קרובות 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 (3 חודשי המתנה) לגיל 67 * _____ ש"ח לחודש (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)

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

(21) יקבע על-פי תקציב מעביד מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר לא מוגבל בתקרה

(22) בתקציב המעביד מעל ההפרשות והיתרה בתקציב העובד מעל ההפרשות מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר לא מוגבל בתקרה

(3) ע"ח עובד בתקציב נוסף מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר לא מוגבל בתקרה

אופן העברת הפרמיה ישולם ע"י המעביד 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**

מבוטח	סוג הכיסוי	מבוטח	סוג הכיסוי
ש"ח	<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים	ש"ח (511)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה
	<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 (404)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים
	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	ש"ח (909)	<input type="radio"/> מוות מתאונה
ש"ח	<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	ש"ח (52)	<input type="radio"/> נכות מתאונה
ש"ח	<input type="radio"/> השתלות ועוד+סל זהב (1716+1744)	ש"ח לחודש (246) <input type="radio"/> לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה
ש"ח (511)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה <input type="radio"/> קבועה (662) <input type="radio"/> משתנה (611)	ש"ח לחודש (346) <input type="radio"/> לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה

← **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

הערה: באם התשלום ע"י עובד תשחרר פוליסת הצל בלבד.

בתקציב עובד מעל ההפרשות ישולם ע"י המעביד ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)

אופן העברת הפרמיה

תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
✔	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס עד	ת.ד.
חתימת בעל הכרטיס			שם בעל הכרטיס

הרשאה לחיוב חשבון			
מספר החשבון בבנק		סניף	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		קוד מוסד 611	
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		כתובת הסניף	
מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון		אב/ו הח'מ	
מיקוד	עיר	מספר	רחוב
<p>1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הב"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס 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 מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>3. 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>4. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>5. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>6. גא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p>7. פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>			
✔		תאריך	
חתימת בעל החשבון			

אישור הבנק			
מספר החשבון בבנק		סניף	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		קוד מוסד 611	
<p>לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p> <p>ת.ד. 25333</p> <p>תל-אביב 61253</p> <p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו 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/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>			
✔		תאריך	
חתימה וחומת הבנק		שם הבנק	
		מספר הסניף	

שם המבוטח	ת.ד.				
<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 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) 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 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 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 מרופאים 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" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>					
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המעביד	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח	<input checked="" type="checkbox"/>

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 הסוכן כשלו המעביד/המבוטח					
<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלונו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוךך. רק אם היך מעוניין למנותו, נבקשך 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 שלוח/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>					
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המעביד	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח	<input checked="" type="checkbox"/>

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

אישור הסוכן			
<p>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 פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון סוכן	חתימה וחותמת הסוכן
			<input checked="" type="checkbox"/>

באם יש בידיך 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?	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?
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	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
אם כן, בא 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? (5)	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	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	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?	האם נטלת בעבר או היך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
אם כן - ציין	תרופה
מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?	האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר?
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
האם היך צורך משקאות חריפים?	האם היך צורך משקאות חריפים?
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	האם אתה מעשן או עישנת בעבר?
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
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.	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)?	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 הושגל בגופך קוצב לב או סטנט?	האם הושגל בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7)	ב. מחלות ממאירות וגידול 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)	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)	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)	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)	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)	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, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק 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	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	אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין
שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	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)	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, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, 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?	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	תאריך
אבחנה	
האם הבדיקה הייתה תקינה	האם הבדיקה הייתה תקינה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	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	11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים

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
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------