

הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים בשילוב הצטרפות לקופת גמל/קרן השתלמות
 נא לצרף צילום ת.ז.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

ביטוח מנהלים ○ קרן השתלמות ○ קופת גמל

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' הצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	----------

אני/אנו החתומים מטה, המעסיק/או המועמד לביטוח ו/או המועמד להצטרפות לקרן פנסיה בנייהול 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 המעסיק / החברה	ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ)	כתובת	טלפון
אופן הגבייה ○ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ○ כרטיס אשראי ○ הודעת תשלום	אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> אופן התשלום	רבע שנתי ○ חצי שנתי ○ שנתי	יום גבייה <input type="checkbox"/> 1 לחודש מבוקש <input type="checkbox"/> 10 לחודש

לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

פרטי המועמד לביטוח - העובד

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
○ זכר ○ נקבה	○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן	ילדים _____	
מין	מצב משפחתי	רופא מטפל	קופת חולים
כתובת הנוכחית			עיסוק
מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)			תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, ציחה וכו') פרט בהתאם למדריך המקצועות

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני
-------	-----------	----------------	---------------

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

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. כן לא

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

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		

במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח בפוליסה.

למקרה חיים		1 / 2			
------------	--	-------	--	--	--

תאריך תחילת הביטוח	שכר חודשי מועמד לביטוח	ש"ח	○ תקבול <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/>	○ צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה <input type="checkbox"/>	הצמדת שכר	מס' עובד	תאריך תחילת העבודה
--------------------	------------------------	-----	--	--	-----------	----------	--------------------

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 ונבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל.

תאריך _____ חתימת וחותמת המעסיק

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 שיטת הפניקס יש לסמן את מסלול דמי הניהול המבוקש ואת ההפרשות

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

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	בשנה
L מסלול צבירה	0%	1-3 4-6 7 8 9 10 11
M מסלול משולב פלוס	9% יורד	דמי ניהול

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 המועמד לביטוח בכל תכנית.

דמי ניהול שונים מברירת מחדל מחייבים אישור החברה,

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 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 המעסיק לתשלום פיצויי פיטורים. המעסיק 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, וישלם 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 הגבוהה מביניהם - על פי תנאי הפוליסה, וההפרש החסר אם ישנו, וישלם 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 נתן ההוראה בלתי חוזרת לפיה הבעלות על הפוליסה תעבור אוטומטית לידי המועמד לביטוח. אם תסתיים עבודת המועמד לביטוח אצל המעסיק מכל סיבה שהיא, המעסיק לא יוכל לקבל החזר כספי כלשהו ללא קבלת הסכמת המועמד לביטוח.

תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק

מסלול הביטוח בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה

ש"ח לא כולל צבירה	75 משכורות	100 משכורות	135 משכורות	משכורות לא כולל צבירה
ש"ח כולל צבירה	75 משכורות	100 משכורות	135 משכורות	משכורות כולל צבירה
סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר	75 משכורות	100 משכורות	135 משכורות	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	מס' סידורי
1	אחוז מהשכר בפוליסה לתשלום חודשי	1
2	סכום חודשי בשקלים	2
3	למלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז מהשכר בפוליסה או בשקלים	3
4	למלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז מהשכר בפוליסה או בשקלים	4
5	למלא את הסכום החודשי הנדרש או כאחוז מהשכר בפוליסה או בשקלים	5

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 - נא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

← כיסויים למקרה מוות שירכשו מתוך התקציב (לפי בחירת המועמד לביטוח)

<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"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה (346)	סכום ביטוח של _____ 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

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה	% משכר _____	משכר של _____ ש"ח
--	--------------	-------------------

1. בתקציב מעסיק (מעל ההפרשות) (21)

2. מתוך התגמולים (1)

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 ההפרשות (22) מוגבל בתקרה שיעור % _____ משכר ללא תקרה

ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה 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

<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829)
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)

תקופת המתנה בחודשים 3 6 12

נא לסמן הרחבות מבוקשות

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

פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:

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

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

*מותנה ברכישת הרחבה 9

הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול

הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימאלי 55

לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי ההרחבות: 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10

← עד שתוכל – ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)	
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?	
<input type="radio"/>	קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____
<input type="radio"/>	קרן פנסיה חדשה: גובה פנסית הנכות ש"ח _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____
פיצוי חודשי לגיל 67* ש"ח לחודש _____	
<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"/>	תקציב פרמיה למועמד לביטוח
<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"/>	(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"/>	(3) ע"ח עובד בתקציב נוסף <input type="radio"/> מוגבל בתקרה שיעור _____% משכר <input type="radio"/> ללא מוגבל תקרה
<input type="radio"/>	אופן העברת הפרמיה <input type="radio"/> ישולם ע"י המעסיק <input type="radio"/> ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)
<input type="radio"/>	הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> 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 שרכשו בפוליסה נפרדת			
<input type="radio"/>	ריסק משתנה מדי שנה	ש"ח _____ (511)	<input type="radio"/> "מרפא" (1194) <input type="radio"/> פלטינה (542) <input type="radio"/> זהב (541) <input type="radio"/> כסף (540) <input type="radio"/> ארד (539)
<input type="radio"/>	ריסק משתנה מדי 5 שנים	ש"ח _____ (404)	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)
<input type="radio"/>	מוות מתאונה	ש"ח _____ (909)	<input type="radio"/> נכות רגילה (55)
<input type="radio"/>	נכות מתאונה	ש"ח _____ (52)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה <input type="radio"/> קבועה (2827) <input type="radio"/> משתנה (2829)
<input type="radio"/>	הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח לחודש _____ (346) לתקופה של _____ שנים	

כיסויי הבריאות והחיים ירכשו בפוליסות נפרדות

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

← הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם המועמד לביטוח	ת.ז.	
<p>1. אני החתום מטה, המועמד לביטוח, 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 הפניקס 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 בידכם 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, 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 המועמד לביטוח 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 המועמד לביטוח 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 בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>		
<p>4. אני החתום מטה 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 החתום מטה המועמד לביטוח, 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 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", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>		
תאריך	חתימת המעסיק	חתימת המועמד לביטוח

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/המועמד לביטוח

<p>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.</p> <p>אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>		
תאריך	חתימת המעסיק	חתימת המועמד לביטוח

← 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	חתימת המועמד לביטוח

← אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המעסיק ואת המועמד לביטוח 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.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישון הסוכן	חתימה וחתימת סוכן

הרשאה לחיוב חשבון

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

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק				מס' ת.ז. / פ.ח.		1	אני/ו החתום מטה
רחוב				מספר			כתובת
עיר				מיקוד		<p>נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה"</p>	
יודע לי/לנו כי:						2	<p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה ראש/ים 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.</p>
יודע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".							3
יודע 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.						4	
הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.						5	
הבנק ראשי 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.						6	
נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.						7	

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל החשבון	תאריך
-------------------------------------	------------------	-------

אישור הבנק

מס' החשבון בבנק				סניף		לכבוד
611				בנק		
קוד מוסד				כתובת הסניף		הפניקס חברה לביטוח בע"מ
קוד בנק				סניף		ת.ד. 2533, תל-אביב 61253
סוג החשבון						
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)						

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נב 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 לביצועו, 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 בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחותמת הבנק	מספר הסניף	שם הבנק	תאריך
-------------------------------------	-------------------	------------	---------	-------

הצהרת בריאות	
הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1. גובה _____ משקל _____	
לנשים: האם הינך בהריון?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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? אם כן, נא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? אם כן - ציין תרופה _____ מינון _____ תרופה _____ מינון _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר? אם כן - ציין מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר? אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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 המשך.	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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 (טרומבозה), יתר לחץ דם, אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם הושלם בגופך קוצב לב או סטנט?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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 שריני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות? אם הנך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> 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? אם כן - ציין סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם הבדיקה היתה תקינה? אנה צרף תוצאות הבדיקות.	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

פרטים נוספים						
שם המועמד לביטוח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא
שם המועמד לביטוח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא
שם המועמד לביטוח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא

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