

**הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים**

**שיטת הפניקס**

תיק פנסיוני אישי מבוסס מדדים

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

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

אני/אנו החתומים מטה, המעביד ו/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:

<b>פרטי המעביד</b>					
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	

<b>פרטי המבוטח - העובד</b>					
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	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 _____ ילדים	מצב משפחתי	רופא מטפל	קופת חולים	מין
כתובת הסניף			מקצוע	עיסוק	

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דא"ה, גלישה, ציחה וכו') פרט בהתאם למדרג 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?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בשאלון טייס
האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט

<b>מינוי מוטבים - למבוטח הראשי</b>					
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה
				ז / נ	
				ז / נ	
				ז / נ	
				ז / נ	
				ז / נ	
למקרה מוות					
למקרה חיים					
במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח הראשי בפוליסה.					
				ז / נ	

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

<b>הפרשות מהשכר</b>					
על חשבון המעביד	לפיצויים	%	לתגמולים	%	לאובדן כושר עבודה מעל הפרשות
על חשבון העובד	לתגמולים על פי סעיף 45	%	לתגמולים על פי סעיף 47	%	

**חלוקת השכר החודשי ההתחלתי**

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

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

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.

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

**טעמי ההשקעה**

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

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

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

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

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

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

\*\*ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכתי. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול באמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכתי. מובהר בזאת כי בסמכותה של ועדת ההשקעות לעדכן את מודל ניהול ההשקעות בכל עת עפ"י שיקול דעתה ובהתאם לתנאי הפוליסה.

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

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

חתימת וחומת המעביד

תאריך

**שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)**

א. **סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים**  
 ○ מא 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 מידי ○ 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 ליעד כספים ששולמו לתגמולים לתשלום חשבון מחוייבותו על פי חוק פיצויי פיטורים עד לגובה הסכום החסר בחשבון הפיצויים, ובתנאי שחלף מועד שנקבע כמפורט מעלה וחתם לטובת העובד על "זכאות בלא תנאי". בתכנית שאינה 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 הגבוה 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.

חתימת וחומת המעביד

**מסלול הביטוח למבוטח ראשי בלבד - ריסק 1 פרמיה משתנה כל שנה**

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

**טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה**

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

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

**תום תקופת הפוליסה**

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

**כיסויים למקרה מוות שירכשו מתוך התקציב (לפי בחירת המבוטח)**

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

פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה % משכר \_\_\_\_\_ משכר של \_\_\_\_\_ 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 ההפרשות (22)  מוגבל בתקרה שיעור % \_\_\_\_\_ משכר  ללא תקרה

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

ביטוח לגיל \_\_\_\_\_ (אפשרי 60-67). בהעדר הנחיה יקנה הביטוח לגיל 67

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

**הרחבות לאובדן כושר עבודה** - בא לסמן 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)

פרצ'וזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

**"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 מעביד  מוגבל בתקרה שיעור % \_\_\_\_\_ משכר  ללא מוגבל תקרה

(22) בתקציב המעביד 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 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**

ש"ח	<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (733, 623) <input type="radio"/> זהב (732, 622) <input type="radio"/> כסף (731, 621) <input type="radio"/> ארד (720, 630)	<input type="radio"/> ש"ח (511)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה
		<input type="radio"/> ש"ח (404)	<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים
ש"ח	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	<input type="radio"/> ש"ח (909)	<input type="radio"/> מוות מתאונה
		<input type="radio"/> ש"ח (52)	<input type="radio"/> נכות מתאונה
ש"ח	<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	<input type="radio"/> ש"ח לחודש (246)	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה
		לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה
ש"ח (511)	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה <input type="radio"/> קבועה (662) <input type="radio"/> משתנה (611)	<input type="radio"/> ש"ח לחודש (346)	<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה
		לתקופה של _____ שנים	

**כיסוי גשר**

<p>גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באופן כושר עבודה)</p>	<p>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) _____</p>
<p>תקציב פרמיה למבוטח ראשי</p>	<p>בתקציב עובד מעל ההפרשות</p>
<p>אופן העברת הפרמיה</p>	<p>ישולם ע"י המעביד ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)</p>
<p>הערה: באם התשלום ע"י עובד תשוחרר פוליסת הצל בלבד.</p>	

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

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

**הרשאה לחיוב חשבון**

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

**אישור הבנק**

<p>מס' החשבון בבנק</p>	<p>סוג החשבון</p>	<p>קוד סניף</p>	<p>קוד בנק</p>	<p>לכבוד</p>
<p>אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)</p>	<p>611</p>	<p>קוד מוסד</p>	<p>שם הבנק</p>	<p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p>
<p>חתימה וחומת הבנק</p>	<p>מספר הסניף</p>	<p>תאריך</p>	<p>שם הבנק</p>	<p>ת.ד. 2533 תל-אביב 61253</p>
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>				

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 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-1891 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 למטרתה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי ככל"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי 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 המבוטח	

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

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

<p><b>אישור תנאי קבלה מיוחדים</b></p> <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 המבוטח	

<p><b>אישור הסוכן</b></p> <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 ב"יעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימה וחותמת הסוכן

**הצהרת בריאות**

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

**פרטים נוספים**

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

**חתימת המבוטחים**

תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח השני