

בקשת הצטרפות לקרן "הפניקס פנסיה מקיפה" ולביטוח אובדן כושר עבודה הכולל תנאי הרחבה למבוטח בקרן
בכפוף להסדר שנחתם עם לשכת עורכי הדין בישראל בעבור חברי הלשכה העוסקים במקצועות בהם משמשים עו"ד בלבד

| | | | | |
|------------|--------------------------|---------------|-----------|------------------------|
| פרטי הסוכן | יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח | שם הסוכן/יועץ | מס' הסוכן | חותמת תאריך קבלת הטופס |
|------------|--------------------------|---------------|-----------|------------------------|

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לביטוח ו/או המעסיק, פונים בזה אל הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה המנהלת") ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס ביטוח") בבקשה להצטרף לקרן הפנסיה/לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

← פרטי המעסיק (למבוטח שכיר)

| | | | | | | |
|---|------|------|--|-------|-------|-----|
| שם המעסיק / החברה | | | | | | |
| מס' חברה / ת.ז. מעסיק | | | | | | |
| רחוב | מספר | ת.ד. | ישוב | מיקוד | טלפון | פקס |
| אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> | | | אופן התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> | | | |

← פרטי המבוטח

| | | | |
|--|---|--------------------|------------|
| שם פרטי | שם משפחה | 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 | קלוט קוד מבצע 1830 | |
| מין | מצב משפחתי | לשימוש החברה | |
| כתובת | | ת.ד./מיקוד | ישוב |
| 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. נא סמן לא כן הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציננתי 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. נא סמן לא כן

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך עליו הצהרת? לא כן, פרט _____

האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אויר / או בדתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי? לא כן, העבר שאלון טייס

← נתונים נוספים

| | | | |
|-------|-------------|--|--|
| מקצוע | עיסוק בפועל | מועד הצטרפות/חידוש בקרן (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים) | מועד כיסוי ביטוחי (חודש הפקדה ראשון בפועל) |
|-------|-------------|--|--|

← פרטי בן/בת הזוג

| | | | | |
|---------|----------|------|--|------------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | תאריך לידה |
| | | | מין | |

← בקשה למינוי שאיר נוסף (ניתן למנות רק אם אין בת זוג. וניתור על כיסוי ביטוחי מבטל המינוי)

| | | | | |
|--|----------|------|--|------------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | תאריך לידה |
| <input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> סבא <input type="radio"/> סבתא <input type="radio"/> אם בן/בת הזוג <input type="radio"/> אב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סבתא בן/בת הזוג | | | | |
| קרבת השאיר הנוסף | | | | |

← פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

| | | | | | |
|---|---------|----------|------|--|------------|
| 1 | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | תאריך לידה |
| 2 | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | תאריך לידה |

← חתימת המועמד לביטוח וחתימת המעסיק (למבוטח שכיר)

| | | |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה | חתימת המעסיק (למבוטח שכיר) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| פרטי השכר לקרן הפנסיה (למבוטח שכיר) | | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|--------------------|--------|
| השכר המבוטח בקרן הפנסיה | % רכיב פיזיים | % רכיב תגמולי מעסיק | % רכיב תגמולי עובד | % משרה |

| שליטה על מרכיב פיזיים (חובה למלא) | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | החזרת מרכיב הפיזיים למעסיק לפי הודעתו בכתב עם העתק לעובד, בתום 60 יום מיום קבלת המכתב. |
| <input type="radio"/> | זכאות בלא תנאי: תאריך תחילת העבודה: _____ <input type="radio"/> מיידי <input type="radio"/> בתום 36 חודשי עבודה <input type="radio"/> בתום _____ חודשי עבודה (עד 36 חודשי עבודה) |
| <input type="radio"/> | סעיף 14 לחוק פיזיו פיטורים התשכ"ג-1963 - הסכם קיבוצי או צו הרחבה או "אישור כללי בדבר תשלומי מעביד לקרן הפנסיה ולקופת ביטוח במקום פיזיו פיטורים" ויתור בלתי מותנה של המעסיק על השליטה במרכיב פיזיים |

| אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה בשל מרכיב פיזיים | |
|---|--------------------------|
| הרינו נותנים הסכמתנו לבחירת העובד (אישור המעסיק נדרש אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיזיו פיטורים על מרכיב הפיזיים בכל אחד מהמקרים להלן): | |
| 1. העובד ביקש להשקיע את מרכיב הפיזיים במסלול שונה משיטת הפניקס. 2. העובד בחר בשיטת הפניקס אך קבע טעמי השקעה) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | תאריך |
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המועמד לקרן הפנסיה |
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המעסיק |

| גובה דמי הגמולים ואחוז חלוקתם לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה | |
|--|---|
| למבוטח המפקיד עצמאית לקרן ללא הפרשות מעסיק | |
| <input type="radio"/> | 16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת) |
| <input type="radio"/> | דמי גמולים חודשיים _____ % (לא פחות מ- 10.00% ולא יותר מ- 20.5% בהתאם לתקנון) |

| בחירת מסלול "הפניקס פנסיה מקיפה" (נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש) | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> | בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1) |
| <input type="radio"/> | משווה לגיל 64/67 (קוד 6) |
| <input type="radio"/> | נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14) |
| <input type="radio"/> | שאיירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2) |
| <input type="radio"/> | נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7) |
| <input type="radio"/> | זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15) |
| <input type="radio"/> | שאיירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3) |
| <input type="radio"/> | בסיסי לגיל 60 (קוד 11) |
| <input type="radio"/> | משווה לגיל 60 (קוד 16) |
| <input type="radio"/> | נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4) |
| <input type="radio"/> | שאיירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12) |
| <input type="radio"/> | נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17) |
| <input type="radio"/> | זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5) |
| <input type="radio"/> | שאיירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13) |
| <input type="radio"/> | זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60) |

| בחירת מסלולי וטעמי השקעה (בהפניקס פנסיה מקיפה בלבד) | |
|---|---|
| בחירה במסלול שיטת הפניקס (לא ניתן להורות על שילוב עם מסלולי השקעות אחרים) | |
| טעמי השקעה לבחירה "שיטת הפניקס" | |
| טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה | עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80) |
| מידת סיכון רצויה | 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 השקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משיעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת) |
| טווח התקופה לניצול כספי הפיזיים | <input type="radio"/> זהה לתקופת החיסכון <input type="radio"/> לטווח המינימלי לאחר עזיבה |
| לא נבחרו טעמי השקעה או שנבחרו רק חלק מטעמי השקעה, יוגדרו טעמי השקעה כולם או חלקם בהתאם להגדרת החברה כקבוע בתקנון. | |

| בחירה במסלולי השקעה אחרים (ניתן להורות על שילוב בין מסלולי השקעות, למעט עם שיטת הפניקס) | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| מסלול השקעות | שיעור ממרכיב הפיזיים | שיעור ממרכיב התגמולים | מסלול השקעות | שיעור ממרכיב הפיזיים | שיעור ממרכיב התגמולים |
| <input type="radio"/> הפניקס כללי | % | % | <input type="radio"/> הפניקס מנייתי | % | % |
| <input type="radio"/> הפניקס אג"ח קונצרני | % | % | <input type="radio"/> הפניקס קצר | % | % |

| דמי הניהול שייגבו מן המבוטח בפניקס פנסיה מקיפה, לאחר מתן ההנחות להן הוא זכאי, מתוקף ההסדר עם הלשכה | |
|--|--|
| דמי הניהול מתוך הצבירה: 0.10% | דמי הניהול מתוך דמי הגמולים: 6.00% / _____ % |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| מובהר כי עמלת סוכן הביטוח הפנסיוני, באמצעותו הוגשה בקשת הצטרפות זו, תשולם מתוך דמי הניהול האמורים, וכי בגין השירות אשר יינתן באמצעותו, לא תחול כל הגדלה בדמי הניהול. | חתימת המועמד לקרן הפנסיה |
| בהתאם למפורט מעלה, יש לקלוט את דמי הניהול באחד מקודי הפורמט הבאים בלבד: 5000, 5001, 5002, 5003, 5004, 5005, 5006, 5007, 5008, 5009 | חתימת המעסיק (במקרה של שכיר) |
| לשימוש החברה: קלוט קוד מבצע 1830 מס' הרחבה 9162 | |

| הצהרות לקרן הפנסיה | |
|--|---------------------------------|
| אני החתום/ה מטה מבקשת להתקבל כמבוטחת בקרנות הפנסיה בניהול "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: "החברה המנהלת") ולאחר שבחנתי את האפשרויות העומדות לפני, מצהירה/ה בה על אמיתות הפרטים וכי אם אתקבל כמבוטחת בקרנות הפנסיה: | |
| א. הניי מתחייבת בזאת למלא את תפקידי קרנות הפנסיה, החלטות מוסדות החברה המנהלת וההוראות המחייבות. | |
| ב. ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנון קרנות הפנסיה ולשינויים בהן עפ"י דרישת הממונה על שוק ההון באוצר או באישור, בתנאי ששולמו דמי גמולים עבורי. כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה לנכות שאיריים. כן ידוע לי כי הפקדות עבור התקופה רטרואקטיבית למועד הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ולשאיריים. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול הביטוח אהיה מבוטח במסלולי ברירת מחדל כקבוע בתקנון. | |
| ג. ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכפל השכר הממוצע במשך, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. אני מאשר על כן, כי כל הפקדה החורגת מתקרה זאת, תועבר לחשבון נפרד של "הפניקס פנסיה כללית". | |
| ד. הניי מצהירה כי כל המידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנון קרנות הפנסיה. | |
| ה. הניי מסכימה/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה המנהלת/או מי מטעמה ימצאו לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. | |
| ו. הניי מצהירה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בטופס זה ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי. | |
| ז. ידוע לי כי הויתור על כספי ביטוח לבן זוג/ לשאיירים הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי והוא נוגר על מינו שאיר נוסף. הריני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי. ידוע לי כי בתום התקופה אם לא תוגש בקשה חדשה אהיה מבוטח באותו מסלול ביטוח בצירוף ביטוח שאיריים. | |
| ח. לעניין מינו שאיר נוסף, הריני מצהיר כי אין לי/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות שאיר הנוסף ייקבעו בהתאם לתקנון הפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים ייקבעו כאילו קיימת אלמנה הזכאית לפנסיה. ידוע לי כי מינו שאיר נוסף יבטל באופן אוטומטי אם יהיה לי/בת זוג כהגדרתו בתקנון והניי מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי באופן מיידי. | |
| ט. הניי מצהירה ומאשרת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייבת להודיעם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה |
| <input checked="" type="checkbox"/> | תאריך |

| מינוי מוטבים למקרה מוות (תקף רק אם אין שאירים זכאים) | | | | | | |
|--|------|------------|-------|-------|-------|---------|
| שם | ת.ז. | תאריך לידה | כתובת | מין | קירבה | % חלקים |
| | | | | נ / ז | | |
| | | | | נ / ז | | |
| | | | | נ / ז | | |

| ביטוח אובדן כושר עבודה הכולל את ההרחבה המוצעת ע"י הפניקס חברה לביטוח בע"מ לחברי הלשכה | | | |
|---|------------------------------|---|--|
| אבקש להוסיף את ההרחבה המוצעת ע"י הפניקס חברה לביטוח בע"מ לחברי לשכת עורכי הדין בישראל כמפורט להלן | | | |
| עלות: 0.20% מהשכר המבוטח | ע"מ מעסיק | ע"מ שונות עובד באמצעות המעסיק | פרמיה קבועה (825/826) |
| פניקס פנסיה מקיפה | ע"מ המבוטח בהוראת הקבע המצ"ב | | סך הכיסוי המבוקש יקבע על פי התקציב האמור |
| תקופת הביטוח: 67 (לזכר) 64 (לנקבה) | 3 חודשי המתנה | הרחבה משופרת לאובדן כושר עבודה חלקי (6) | הרחבה לפרנצ'יז'ה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) |

| אישור תנאי קבלה מיוחדים לביטוח אובדן כושר עבודה (יש לחתום במידה והמבוטח מבקש לרכוש את ההרחבה) | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוח לאובדן כושר עבודה עם תוספת רפואית ו/או מקצועית ובתנאי שהתוספת תגבה מתוך התקציב האמור. אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי מסירת מידע ומתן תשובות מלאות וכנות. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח | חתימת המעסיק (למבוטח שכיר) |

| הצהרה על מצב בריאות לקרן הפנסיה ולביטוח אובדן כושר עבודה הכולל את ההרחבה לחברי לישיכה | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| אם אינך יכול/ה להצהיר כמפורט להלן, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת שניתן לקבלה במשרדי החברה. | | |
| במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח/ת, הריני להצהיר בזאת כי: | | |
| 1. אין לי נכות ו/או נכויות העולות על 24% ואיני נמצא בהליך לאישורה של נכות. | | |
| 2. במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפזתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום). | | |
| 3. אין ולא היו לי אחת או יותר מהמחלות ו/או סימני המחלות המפורטות להלן: מחלות לב, סרטן, סכרת, אירוע מוחי, טרשת נפוצה, אלצהיימר ו/או פרקינסון. | | |
| 4. איני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס. | | |
| באם יסתבר שהייתי צריך למלא הצהרת בריאות מלאה ואיני יכול לחתום על ההצהרה כאמור, ולא עשיתי זאת, רשאית החברה לשלול את זכויותי ואת זכויות שאירי לפנסיה, ו/או לכיסוי הביטוחי. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח | חתימת המעסיק (למבוטח שכיר) |

| הצהרות לביטוח אובדן כושר עבודה | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח 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 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". (5) הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. | | |
| 2. אני החתום מטה, המעביד, של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרו את העובד לתוכנית כמפורט בהצעה, והנני מתחייב להעביר את התשלומים כסדרם כנקוב בהצעה לביטוח. | | |
| 3. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח | חתימת המעסיק (למבוטח שכיר) |

| ויתור על סודיות רפואית | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| אני ה"מ"מ נותנת/ת בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתיידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחררת/ת אתכם וכל רופא מרפואים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותרת/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח | |

| מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | חתימת המועמד לביטוח | |

| אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יעוץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיוק פנסיוני) התשס"ה 2005 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| תאריך | שם | מס' רשיון | חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני |