

בקשת הצטרפות/חידוש לקרן "הפניקס פנסיה מקיפה" וליטוח אובדן כושר עבודה לפי הסכם ברירת מחדל

בכפוף להסדר שנחתם עם התאחדות בעלי מפעלי הובלה בישראל

בקשת הצטרפות ל"הפניקס פנסיה מקיפה"/"הפניקס פנסיה כללית" בקשה לחידוש פוליסת פנסיה מקיפה/כללית מס' _____

מס' סוכן מעסיק

פרטי המעסיק

שם המעסיק/החברה		מס' חברה/ת.ד. המעסיק	
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב
מיקוד	טלפון	פקס	

פרטי המבוטח

שם פרטי		שם משפחה		שם הקרן		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							
מין		מצב משפחתי		שם משפחה קודם		שם האב		מקצוע	
דואר אלקטרוני		כתובת		ת.ד./מיקוד		ישוב		נייד	
דואר אלקטרוני		כתובת		ת.ד./מיקוד		ישוב		נייד	

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 שצייתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. כן לא

האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס

פרטי השכר לקרן הפנסיה

השכר המבוטח בקרן הפנסיה	8.33%	6%	5.5%
% רכיב פיזיונים	% רכיב תגמולי מעסיק	% רכיב תגמולי עובד	

ביטוח אובדן כושר עבודה (1501) על חשבון המעסיק, בכפוף לנספח 1736 המצורף לפוליסה

עלות: 0.65% מהשכר המבוטח בפניקס פנסיה מקיפה, לא כולל תוספות רפואיות	שיעור הכיסוי: 70% מהשכר לקרן הפנסיה אך לא יותר מ-4,000 ש"ח לפי מודד
תקופת הביטוח: 67 (לזכר) 64 (לנקבה)	01.01.2006

הצהרות כלליות

- אני החתום מטה, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ ("הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בבקשת הצטרפות זו. אני מצהיר ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בבקשת הצטרפות ובהצהרת הבראות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מרצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בבקשה זו ובהצהרת הבראות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תמאי יסודי לחוזה בנינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת בקשה זו. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת הבקשה להצטרפות או דחייתה. ידוע לי שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתמאי הפוליסה. (4) ידוע לי כי "הפניקס" תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כלשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי. (5) הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בבקשה זו ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.
- ב. **הצהרות בקשר לקרן הפנסיה:** (1) ידוע לי כי מועד הצטרפותי לקרנות הפנסיה הינו מועד התשלום הראשון בפועל של דמי גמולים עבורי. כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה לנכות ושאיירים. כן ידוע לי כי הפקדה עבור תקופה רטרואקטיבית אינה מקנה כיסוי לנכות ושאיירים ואינה נכללת בתקופת האכשרה. (2) ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכפל השכר הממוצע במשק, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. אני מאשר על כן, כי כל הפקדה החורגת מתקרה זאת, תועבר לחשבון נפרד של "הפניקס פנסיה כללית". (3) ידוע לי כי הנני מצטרף או מחדש את הביטוח בקרן הפנסיה המקיפה, במסגרת ברירות המחדל, כפי שהן מוגדרות בתקנון הקרן, ובכלל זה במסלול הביטוח הבסיסי ללא כיסוי לנכות מתפתחת, ללא ביטול הפנסיה לשאיירים וללא מינוי שאר נוסף, ומסלול ההשקעה יהיה "שיטת הפניקס". ככל שאחליט לשנות החלטתי זו אני מבקש מתאימה.
- ג. **הצהרה בקשר לכיסוי אובדן 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 בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.
- ד. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תינתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.

חתימת המועמד לביטוח

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המעסיק	תאריך
חתימת המועמד לביטוח		

הצהרת בריאות

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן		מבוסס ראשי	
1. גובה		משקל	
לנשים: האם הינך בהריון?			
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			
אם כן, בא פרט גיל		קירבה	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?			
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?			
אם כן - ציין תרופה		מינון	
אם כן - ציין תרופה		תרופה	
אם כן - ציין תרופה		מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?			
אם כן - ציין מתי		משך האשפוז	
אם כן - ציין מתי		סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?			
האם הינך צורך משקאות חריפים?			
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות			
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?			
אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים	
אם כן, ציין מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)		מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
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 ההמשך.			
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), יתר לחץ דם, אחר?			
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?			
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני?			
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: 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?			
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?			
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (EMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות			
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?			
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?			
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?			
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, בא ציין מספר דיאופטירות:		ימין	
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטירות:		שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אמנייה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?			
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?			
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?			
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	
אם כן - ציין סוג הבדיקה		אבחנה	
10. האם הבדיקה הייתה תקינה? אם צרף תוצאות הבדיקות.			
11. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?			
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?			

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

תאריך	שם המועמד לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	------	---------------------

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותנת/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 ונמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש 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/אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל המוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותרת/על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי. המבקש יהיה רשאי להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכם הביטוח המטפל.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------------------