

הפניקס מסלול לעצמאים Plus – הצעה לביטוח מסלול לעצמאים

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*

* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין מועד קבלת ההצעה בחברה, או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל.
 הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

פרטי סוכן/יועץ		
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	מס' הצעה

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	ת.ז.	מדינת הנפקה	תאריך לידה
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד		

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

CRS ו-FATCA בעל הפוליסה

האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
ארץ לידה: _____		
* במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית		
** במידה והנך תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף הצהרה בדבר תושבות ישראלית		

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? כן לא

במידה וענית 'כן' אנו ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

** אם הנך תאגיד, יש למלא טופס הצהרת תושבות מס לתאגיד (מק"ט 300106320)

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדון בכל אחת ממדינות התושבות שציינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.
 בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

חתימת בעל הפוליסה	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך חתימה

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).

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

הסכמה לקבלת הדוח השנתי המקוצר באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון)

הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון).
 ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר.

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

אינני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שהסכמה זו הינה רשות ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

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

נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

שאלון הכר את הלקוח

למילוי בידי הלקוח, ואם הלקוח תאגיד – יש למלא טופס נפרד

מס' פוליסה/חשבון

א. פרטי זיהוי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מדינת ההנפקה של הדרכון
---------	----------	-----------	------------------------

ב. בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור

האם הנך תושב חוץ? כן לא - אם כן ציין באיזו מדינה: _____
 במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור זר").
 במידה וסומן לא, האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 השנים האחרונות?
 כן לא
 *במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור מקומי").

ג. קיומו של נהנה בחשבון*

האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? כן לא
 האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? כן לא
 האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכוון את הפעילות בחשבון? כן לא
 *במידה וסומן כן באחת השאלות:
 1. אם מקבל השירות או הנהנה תושבי חוץ, אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור זר")
 2. אם מקבל השירות והנהנה תושבי הארץ - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 השנים האחרונות?
 כן לא
 *במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור מקומי")

ד. זיקת הלקוח לגורם אחר

1. האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? כן לא
 *במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:

בן משפחה: ² פרט _____
 שותף עסקי
 עובד או מעביד
 אחר: פרט _____

2. האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? כן לא
 *במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם:

בן משפחה: פרט _____
 שותף עסקי
 מעביד
 אחר: פרט _____

שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית)
 שם מלא _____ ת.ז. _____

ה. פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

1. מצב תעסוקתי

<input type="radio"/> שכיר. שם המעסיק _____	<input type="radio"/> חבר קיבוץ
<input type="radio"/> עצמאי	<input type="radio"/> אברך/תלמיד ישיבה
<input type="radio"/> שכיר בעל שליטה	<input type="radio"/> חייל בשירות חובה או מתנדב בשירות לאומי
<input type="radio"/> סטודנט	<input type="radio"/> לא עובד
<input type="radio"/> גמלאי. עיסוק טרם הפרישה _____	<input type="radio"/> אחר (פרט) _____
<input type="radio"/> קטין	

2. אם סומן ב- (1) עצמאי, אנא מלא את הפרטים הבאים:

שם העסק _____
 מען העסק _____
 מחזור הכנסות שנתי _____

תחום העיסוק של העסק	
<input type="radio"/> יהלומים ואבני חן	<input type="radio"/> סחר בנשק
<input type="radio"/> נדל"ן	<input type="radio"/> סחר במטבעות וירטואליים
<input type="radio"/> סחר במתכות יקרות	<input type="radio"/> נותן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי
<input type="radio"/> בלדרות	<input type="radio"/> ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך
<input type="radio"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן	<input type="radio"/> הימורים
<input type="radio"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר	<input type="radio"/> אחר (פרט): _____

1. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת	
1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:	
<input type="radio"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)	<input type="radio"/> חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים)
<input type="radio"/> חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)	<input type="radio"/> חיסכון לגיל פרישה
2. מקור הכספים המופקדים	
<input type="radio"/> משכורת /קצבה	<input type="radio"/> תקבולים/הכנסות מעסק
<input type="radio"/> חסכונות שנצברו	<input type="radio"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון
<input type="radio"/> מכירת עסק	<input type="radio"/> הלוואה
<input type="radio"/> ירושה	<input type="radio"/> פיצויי פיטורין/פרישה
<input type="radio"/> זכייה	<input type="radio"/> מכירת נכס
<input type="radio"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת	<input type="radio"/> השכרת נכס
<input type="radio"/> מתנה	<input type="radio"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה
שם נותן המתנה _____	סוג העסק: _____
זיקה לנותן המתנה _____	שם המדינה _____
<input type="radio"/> תרומה	<input type="radio"/> אחר (פרט): _____

3. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח) _____	
4. תדירות הפקדות צפויה	
<input type="radio"/> חד פעמי	<input type="radio"/> חצי שנתי
<input type="radio"/> חודשי	<input type="radio"/> שנתי
<input type="radio"/> רבעוני	<input type="radio"/> אחר (פרט): _____

5. אופן הפקדות הכספים בחשבון		
<input type="radio"/> המחאה	<input type="radio"/> הוראת קבע	<input type="radio"/> העברה בנקאית
6. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
במידה וסומן כן, ציין את שם המדינה הזרה: _____		
7. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		

2. הצהרות			
1. האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם	חתימה	
2. הריני מצהירה/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.			
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם	חתימה	

שאלון מוגבר

מה מקור משאביך הפיננסיים?

<input type="radio"/> שכר מעבודה תפקיד אחרון: _____ שם המעסיק: _____	<input type="radio"/> תקבולים ממקורות אחרים פרט: _____ <input type="radio"/> השקעות תחום השקעה: _____ <input type="radio"/> שכר דירה / נדלן מניב <input type="radio"/> ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח <input type="radio"/> אחר: _____
<input type="radio"/> דיבידנד <input type="radio"/> תקבולים מעסק <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> ריבית מחסכונות <input type="radio"/> פנסיה תפקיד אחרון טרם פרישה: _____ שם המעסיק טרם פרישה: _____	

מהי הכנסתך החודשית ברוטו?

עד 25,000 ש"ח בין 25,001 ש"ח עד 50,000 ש"ח בין 50,001 ש"ח עד 100,000 ש"ח 100,001 ש"ח ומעלה

האם קיימות פוליסות / קופות נוספות בחברה הקשורות אליך? (מלבד פוליסות/קופות הרשומות על שמך)

כן, פרט: _____ לא

תאריך	שם	חתימה
		X

סירוב להעברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר - "הר הביטוח"

אגף שוק ההון במשרד האוצר מקים אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

הנני מורה לכם שלא להעביר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לאגף שוק ההון במשרד האוצר. ידוע לי כי לא תהיה לי אפשרות לראות באתר האוצר את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברת "פניקס".

X

חתימת המועמד לביטוח

האם יש לך תחביבים או אורח חיים שאינו קשור לעיסוקך עם סיכון מיוחד (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') לא כן, העבר שאלון תחביבים בהתאם

האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי בשנה הקרובה? לא כן, העבר שאלון טייס

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים	למקרה מוות
				<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז			
				<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז			
				<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז			
				<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז			

* לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשי החוקיים של המבוטח.
 * בכל מקרה ביטוח שאינו מות המבוטח, המוטב יהיה המבוטח

אופן גביה ואמצעי תשלום

הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)¹

הודעת תשלום²

חודשי רבע שנתי חצי שנתי שנתי

1 לחודש 10 לחודש

אמצעי תשלום **אופן הגביה** **יום גביה מבוקש¹**

1. לתשומת ליבך, יום הגביה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגביה 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.
 2. הודעת תשלום תשלח לכתובת בעל הפוליסה לאחר ה- 17 לכל לחודש בגין התשלום לחודש הבא. עבור חודשי ביטוח שמועד הפקת השובר שלהם חלף - יש לבצע תשלום בהמחאה/הפקדה בנקאית לאחד מחשבונות הפניקס.

התשלום התקופתי יש לסמן את שיעור דמי ניהול המבוקש*		
סך לתוכנית משלמת קצבה ש"ח _____ פרמית מינימום 350 ש"ח ש"ח הפקדה חד פעמית _____	○ 109 - מסלול חסכון עם כיוויים ביטוחיים נוספים	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
		דמי ניהול מהתשלום התקופתי
		0.5% (4656)
		3%
		בצבירה של כל 100,000 ש"ח תינתן הפחתה בגובה דמי ניהול מהחיסכון המצטבר בגובה של 0.05% אך לא פחות מדמי ניהול של 0.2%
		* _____%
		* _____%

*דמי ניהול לא יהיו גבוהים מברירת המחדל. דמי ניהול הנמוכים מברירת המחדל, מחייבים את אישור הפניקס.

מסלולי השקעה					
תגמולים	פיצויים	מסלול השקעות	תגמולים	פיצויים	מסלול השקעות
%	%	○ מדדי אג"ח חו"ל (17)	%	%	○ מודל תלוי גיל* (9999) ברירת מחדל
%	%	○ אג"ח עד 25% מניות (116)	%	%	○ מסלול לבני 50 ומטה** (314)
%	%	○ הלכה (117)	%	%	○ מסלול לבני 50 עד 60** (114)
%	%	○ מודל תלוי גיל פאסיבי* (8888)	%	%	○ מסלול לבני 60 ומעלה** (214)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה** (241)	%	%	○ אג"ח (11)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60** (242)	%	%	○ מניות (115)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה** (243)	%	%	○ מחקת מדד S&P 500 (16)

* בבחירה במודל תלוי גיל תשוך אוטומטית למסלול התואם את גילך ותעבור אוטומטית למסלול עוקב בהתאם לתנאי המסלול.
 ** בחירה במסלול זה אינה תלויה בגילך ותישאר קבועה עד להוראה אחרת מצדך, ללא תלות בשינויים בגילך.

תום תקופת הפוליסה
תום תקופת הביטוח למרכיב החיסכון תהיה - גיל 67. ○ אם ברצונך גיל סיום אחר למרכיב החיסכון - נא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

מקדמי קצבה - למבוטחים מגיל 60 ומעלה יינתן מקדם קצבה מובטח באופן אוטומטי

ביטוח מפני אובדן כושר עבודה והרחבות לבחירה		
* ידוע לי כל על פי הוראות הרגולציה, חל אישור לבטח בכיסוי אובדן כושר עבודה רובד שכן המבוטח בקרן הפנסיה.		
הכנסה _____ ש"ח אחוז כיווי % _____ סה"כ _____ ש"ח שאינו מבוטח בקרן הפנסיה (סכום הפיצוי שיירכש יהיה שווה להכנסה X אחוז פיצוי)		
פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה	שחרור מתשלום פרמיות בלבד	
○ פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (8800) * כולל נכות חלקית	○ שחרור מתשלום פרמיות בלבד* (8801) * כולל נכות חלקית	
○ תקופת המתנה של 3 חודשים	○ שחרור מהפקדות בפוליסה אחרת בפניקס מספר _____	
	○ שחרור מהפקדות בחברה אחרת (8801) _____ יש לפרט את סך ההפקדה אותה נדרש לשחרר ש"ח (צמוד למדד)	
חבילה בסיסית - הרחבות		
○ פרנצ'יזה* (1) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה	○ עיסוקית לעיסוק ספציפי* (2) * צווארון לבן בלבד	○ ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי* (15) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד
הרחבות נוספות לבחירה באישור מיוחד בלבד (לא נדרש אישור בתעריף ספר)		
קיצור תקופת המתנה ○ חודש ○ חודשיים	הגדלת תגמולי הביטוח כתוצאה מגידול בשכר המבוטח* (גג חתם) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	
○ פרנצ'יזה על חודשיים המתנה* (11) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה	○ 20% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (13)	
○ תשלום נוסף במקרה של סיעוד* (10) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	○ 25% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (14)	
הארכת תקופת הצמדת הפיצוי החודשי למדד* * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת אובדן כושר עבודה* * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	
○ 36 (17) ○ 48 (18) ○ 60 (19) תשלומים חודשיים	○ גידול של 1% בשנה (20) ○ גידול של 2% בשנה (21)	

הצהרת הסוכן לרכישת כיסוי אובדן כושר עבודה			
<p>הנני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ ובשיווק פנסיוני) התשס"ה - 2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון, לרבות ברור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת מידע חד פעמית למסלוקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.</p> <p>הנני מאשר כי ההכנסה המבוטחת בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, ואינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> אני פועל לביטול התוכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה ככל שההכנסה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ההכנסה המבוטחת בכיסוי אינה הכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> שיעור הכיסוי בהצעה זו ובתוכניות ביטוח קיימות, ככל שקיימות, לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.</p>			
X			
תאריך	שם הסוכן	מספר רישיון הסוכן	חתימה וחומת סוכן

כיסויים ביטוחיים נוספים שרכשו בפוליסה נפרדת	
סוג הכיסוי	סכום ביטוח
<input type="checkbox"/> ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510)	ש"ח _____
<input type="checkbox"/> מרפא לחיים * (7556) מותנה בריכשת ריסק 1	ש"ח _____
* סכום הביטוח המבוקש יהיה עד 50% מסכום הביטוח למקרה פטירה ולא יותר מ 600,000 ש"ח כיסוי מסוג מרפא למבוטח בחברה. ככל שסכום הביטוח היסודי (למקרה פטירה) יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי ביטוחי זה יקטן בהתאמה ובהתאם לאמור לעיל.	
<input type="checkbox"/> נכות מקצועית (58)	ש"ח _____
* סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה	
<input type="checkbox"/> נכות רגילה (57)	ש"ח _____
* סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה	

הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה					
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה יסודי (9345)					
<input type="checkbox"/> הכנסה למשפחה כיסוי נוסף (9346)					
סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה מטה, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח.					
פרטי המוטבים לכיסוי (במידה ולא ימולאו פרטי מוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)			פרטי הכיסוי הביטוחי		
קרבה למבוטח	תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם ומשפחה	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח

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

התחייבויות והצהרות המועמד לביטוח (המבוטח)	
שם המועמד לביטוח	ת.ז.
<p>1. הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלה לביטוח - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים ומבקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה שנבחרה בהצעה לביטוח זו ואשר תנאיה מפורסמים באתר החברה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח: 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 שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (3) ידוע לי כי הקבלה לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום על בסיס הנתונים שמסרתי, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	
<p>2. 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. נכות מתאונה - הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>	
<p>3. הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או קווי תקשורת - אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן 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 והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.</p>	
<p>4. הצהרה לעניין יתור סודיות רפואית - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"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" (להלן: המבקש) את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או בירור הזכויות והחובות המוקנות על ידי פוליסה זו ובצורה שתידרש על ידי 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 סניף מסניפיכם 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. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>	
<p>5. הצהרה בנושא FATCA ו-CRS - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שבו אצהיר שאני אזרח או תושב מדינה זרה או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי זהיווי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA ו-CRS.</p>	
<p>6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו-CRS.</p>	
<p>7. ידוע לי כל לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת, ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד, על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח
	תאריך

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

אישור הסוכן			
<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחותמת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן
			תאריך

טופס הצהרת בעל פוליסה/מבוטח/עמית

תוספת שנייה – (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: _____ שם קופת הגמל: _____

אני: _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית), בעל מס' זהות: _____

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון).

יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען ³

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.

X							
	חתימת						

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.
2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

1. מחק את המיותר.

מועמד ראשון				מועמד שני				הצהרת בריאות מלאה – הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם מונה לך אפטרופוס על רקע רפואי? במידה והתשובה חיובית שאלה לאפטרופוס, נא פרט: מועמד ראשון: הסיבה בגינה מונה אפטרופוס _____ מועמד שני: הסיבה בגינה מונה אפטרופוס _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם המועמד אובחן עם פיגור שכלי, אלצהיימר, אוטיזם (ASD) (rAutism Spectrum Disorder)? גובה, משקל לנשים: האם הינך בהריון?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? – אם כן, נא הסבר: מועמד ראשון: _____ מועמד שני: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם היה במשפחתך (הורים, ילדים, אחים) מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטן, מחלות נפש, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 55? – אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: גיל _____ קירבה _____ סיבה _____ מועמד שני: גיל _____ קירבה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם יש או הייתה לך נכות קבועה/ צמיתה או זמנית (זמנית ב- 5 שנים האחרונות) או הינך בהליך קביעת נכות או בעל מום מולד? מועמד ראשון: <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> זמנית <input type="radio"/> טרם נקבעה אחוז הנכות % _____ מועמד שני: <input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> זמנית <input type="radio"/> טרם נקבעה אחוז הנכות % _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ- 3 שבועות? – אם כן, נא פרט מועמד ראשון: שם תרופה _____ סיבה _____ מועמד שני: שם תרופה _____ סיבה _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם עברת ניתוח ב- 10 השנים האחרונות או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת ב- 5 השנים האחרונות? – אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: מועד _____ / _____ / _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____ מועמד שני: מועד _____ / _____ / _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? – אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____ מועמד שני: סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? מועמד ראשון: כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____ מועמד שני: כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 האם סבלת בשנה האחרונה מהירידות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי שהתבטא בהפרעות זיכרון, קשיים בביטוי שפתי (דיבור), ליקוי אוריינטציה (ליקוי התמצאות, איבוד דרכך ולא הצלחת להגיע ליעדך), בלבול בזמן או בתאריך? מועמד ראשון: מועד _____ / _____ / _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____ מועמד שני: מועד _____ / _____ / _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 האם עברת ב- 5 השנים האחרונות בדיקה או הינך מועמד לבדיקה כולל רנטגן, US (אולטרסאונד), CT, MRI, אקו לב, צינתור, מיפוי, בדיקת מאמץ (ארגומטריה), דופלר, גסטרוסקופיה או קולונוסקופיה, ציסטוסקופיה, היסטרוסקופיה או ביופסיה? – אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: מועד _____ / _____ / _____ סוג הבדיקה _____ תוצאות _____ מועמד שני: מועד _____ / _____ / _____ סוג הבדיקה _____ תוצאות _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 האם בשנה האחרונה נעדרת מהעבודה מעל- 21 ימים ברציפות או מעל 30 ימים לא ברציפות בשל מצב רפואי? מועמד ראשון: מועד _____ / _____ / _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____ מועמד שני: מועד _____ / _____ / _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13 האם אי פעם אובחנת או סבלת ממחלת לב כלשהי כגון מחלת לב איסכמית, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א מחלות לב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב מחלות כלי דם / מחלות דם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג מחלה ממארת / גידול סרטני או גידול שפיר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד מחלות כליות ודרכי השתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה מחלות זיהומיות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו מחלות עור

מועמד ראשון				מועמד שני				שאלון מחלות - המשך	הצהרת בריאות מלאה - המשך
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות חילוף חומרים	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת חילוף חומרים או הפרעה בתפקוד בלוטות כלשהי כגון סוכרת, סוכר גבוה (טרם סוכרת), יתר שומנים בדם, גאווט, ליקוי בתפקוד שחלות או אשכים, עודף או חסר בהורמוני מין, אנדומטריוזיס?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות דרכי העיכול	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת דרכי עיכול כלשהי כגון מחלות מעי דלקתיות (קרן, אולצרטוב קוליטיס), מעי רגיז, דימום רקטלי, בקע (מפשעתי, טבורי, סרעפתי)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות כבד, צהבת, כיס מרה, לבלב	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כבד/ לבלב כלשהי כגון הפרעה בתיפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, פנקריאטיטיס (דלקת לבלב)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות דרכי הנשימה / ריאה	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת נשימה כלשהי כגון אסטמה, אמפיזמה (נפחת), מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), ברונכיט כרונית, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימה בשינה, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, שיעול ממושך (מעל 3 שבועות), שיעול דמי?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות מערכת החושים	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת חושים כלשהי כגון עיוורון (מלא, חלקי), קטרקט, גלאוקומה, קרטוקונוס, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, ליקוי שיווי משקל. האם הינך בעל לקות ראייה של מעל 6/12 או מספר משקפיים (דיופטריה) מעל 6?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיות	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות מהפרעה כלשהי במערכת שלד / פרקים או מחלה ראומטולוגית כגון כאבי גב, בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקת פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קרע שריר / רצועה / גיד / מניסקוס, זאבת (לופוס, SLE), פיברומיאלגיה, FMF (דלקת ים תיכונית)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות מערכת העצבים	האם <u>אי פעם</u> אובחנת או סבלת ממחלת מערכת העצבים (ניורולוגית) כלשהי כגון פרקינסון, טרשת נפוצה (MS), אירוע מוחי (שבץ מוחי, CVA או TIA), שיתוק או חולשה בנגיפים, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים (יותר מ- 4 פעמים בחודש), ליקויי קואורדינציה?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות נפשיות	האם אובחנת במהלך 5 השנים האחרונות עם בעיה או מחלה נפשית כלשהי כגון דיכאון, חרדה, פאניקה, הפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית (הפרעה ב' פולרית, מאניה דיפרסיה), סכיזופרניה, פסיכוזה?

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		

פרטים נוספים							
שם המועמד	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המועמד	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המועמד	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

חתימות				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד השני לביטוח

לשימוש פנימי		מס' פוליסה/הצעה	מס' קולקטיב
--------------	--	-----------------	-------------

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך	לכבוד
-------	-------

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	611	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 - **א** - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב: ש"ח _____
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1	אני/אנו הח"מ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקשים/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן הסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
2	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה	
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל/י החשבון

אישור הסוכן/ת			
הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.			
תאריך	שם הסוכן/הסוכנת	מס' הסוכן/הסוכנת	חתימה + חותמת סוכנות
			<input checked="" type="checkbox"/>

*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.

(O צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה) O הפניקס חברה לביטוח בע"מ O הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ

מייפה הכוח (הלקוח)	
שם	מס' ת.ז.
מייפה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו תאגיד):	
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): O (1) יועץ פנסיוני O (2) סוכן ביטוח פנסיוני	
טלפון	דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמי¹, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומייפה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>

- * במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- * אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- * בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- * אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- O בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ- 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
 - O בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ- 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- O הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- O הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים - עד ליום _____.

			X
ולראיה באתי על החתום:	חתימת הלקוח	תאריך החתימה	
	X	X	
	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	תאריך החתימה

1. מי מטעמי - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף מוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פנסיוניים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.

2. גוף מוסדי - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

3. מידע אודות מוצר - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

4. מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 1(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

5. תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.