

שיטת הפניקס תיק פנסיוני אישי מבוסס מדדים

הצעה לביטוח מנהלים ועובדים שכירים

(טופס זה מבוסס 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:

פרטי המעביד

שם	מס' חברה (ח"פ)	כתובת	טלפון
<input type="radio"/> הוראת קבע (בא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="radio"/> הודעת תשלום		אופן התשלום	חודשי

פרטי המבוטח - העובד

שם משפחה	שם פרטי	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	<input type="radio"/> ילדים	<input type="radio"/> קופת חולים
מין	המצב המשפחתי	הרופא המטפל	קופת חולים
כתובת הסניף		מקצוע	עיסוק

תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך 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 ושיירות), 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 חייתך? לא כן, פרט

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

האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה אחרת לחברת "הפניקס"? לא כן, פרט

האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות מספות בחברות אחרות? לא כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
ש"ב				ז / ב		
ש"ב				ז / ב		
ש"ב				ז / ב		
ש"ב				ז / ב		
ש"ב				ז / ב		

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

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

הפרשות מהשכר

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 ניהול המבוקש ואת ההפרשות

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

מסלול דמי ניהול מבוקש	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	להלן פירוט דמי ניהול מפרמיה במסלול משולב פלוס
K מסלול שירות	7% קבוע	1.40%	שנה
L מסלול צבירה	0%	2%	0-3
M מסלול משולב פלוס	9% יורד	1.20%	3-6
			7
			8
			9
			דמי ניהול מפרמיה
			10 ואילך

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 *

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 השיפה רצויה להשקעות בחו"ל % _____ (טעמי ההשקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

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

* במידה ולא נבחר אחד מטעמי ההשקעה, יעודכן בפוליסה הטעם המתאים לברירת המחדל כפי שתוגדר ותתעדכן בחברה מעת לעת ע"י וועדת ההשקעות מובהר בזאת כי בסמכותה של ועדת ההשקעות לעדכן את מודל ניהול ההשקעות בכל עת עפ"י שיקול דעתה ובהתאם לתנאי הפוליסה.

שליטה על צבירת מרכיבי 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! בפוליסת אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי-כללי** לביטוח פנסיוני מקיף במשק יחול סעיף 14 לחוק 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 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, 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.

חתימה וחוממת המעביד

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

על המעביד לחתום בסעיף זה רק כאשר טעמי ההשקעה מוגדרים על ידי המבוטח ולא על פי ברירת מחדל.

חתימה וחוממת המעביד

תאריך _____

מסלול הביטוח למבוטח - ריסק ו פרמיה משתנה כל שנה

○ משכורות לא כולל צבירה	○ ש"ח לא כולל צבירה
○ משכורות כולל צבירה	○ ש"ח כולל צבירה
○ סכום ביטוח בש"ח כולל צבירה ויורד על פי תקופה בהתאם לטבלת העזר	○ 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		לתקופה (בשנים)
	אחוז מהשכר בפוליסה לתשלום חודשי	סכום חודשי בשקלים	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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 67-60)

כיסויים נוספים 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

<input type="radio"/> פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה	% משכר לסכום ביטוח	<input type="radio"/> שחרור בלבד
1. מתוך התגמלים (1)		
2. בתקציב מעביד (מעל ההפרשות) (21)		
3. בתקציב מעביד (מעל ההפרשות) והיתרה מתוך התגמולים (20)		
4. בתקציב העובד (מעל ההפרשות) (3)		
5. בתקציב המעביד (מעל ההפרשות) והיתרה בתקציב העובד מעל להפרשות (22)		
בפרמיה: <input type="radio"/> קבועה (826, 827) <input type="radio"/> משתנה מדי שנה (829, 828) <input type="radio"/> תקופת המתנה בחודשים <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6		
ביטוח לגיל _____ ביטוח לגיל _____ (אפשרי 67-60). בהעדר הנחיה אחרת ייקנה הביטוח לגיל 67.		
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח		
הרחבות לאובדן כושר עבודה - בא לסמן קוד אחד בלבד		
<input type="radio"/> הרחבה ללא חחרגת תאוונת עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)		
<input type="radio"/> הרחבה כוללת חחרגת תאוונת עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)		
<input type="radio"/> פרנצ'יז - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)		

"עד שתוכלי" - 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 (3 חודשי המתנה) לגיל 67 * ש"ח לחודש (סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסית הנכות)

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	<input type="radio"/> (21) יקבע על-פי תקציב מעביד <input type="radio"/> מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר <input type="radio"/> לא מוגבל בתקרה
	<input type="radio"/> (22) בתקציב המעביד מעל ההפרשות והיתרה בתקציב העובד מעל ההפרשות <input type="radio"/> מוגבל בתקרה בשיעור % _____ משכר <input type="radio"/> לא מוגבל בתקרה
	<input type="radio"/> (3) ע"ח עובד בתקציב נוסף אופן העברת הפרמיה <input type="radio"/> ישולם ע"י המעביד <input type="radio"/> ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)
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 שירכשו בפוליסה נפרדת

סוג הכיסוי	מבוטח	סוג הכיסוי	מבוטח
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה	ש"ח (511)	<input type="radio"/> "מרפא" - רפואי משלים <input type="radio"/> פלטינה (733, 633) <input type="radio"/> זהב (732, 632) <input type="radio"/> כסף (731, 631) <input type="radio"/> ארד (730, 630)	ש"ח
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי 5 שנים	ש"ח (404)		
<input type="radio"/> מוות מתאונה	ש"ח (909)		
<input type="radio"/> נכות מתאונה	ש"ח (52)	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)	ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה קבועה	ש"ח לחודש (246) לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> נכות רגילה (55)	ש"ח
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה	ש"ח לחודש (346) לתקופה של _____ שנים	<input type="radio"/> שחרור בלבד בפרמיה קבועה (662) <input type="radio"/> משתנה (611)	ש"ח (511)

כיסוי גשר	
<p>○ גשר - שחרור מפרמיה למקרה אבטלה למבוטח ראשי בלבד! (רק אם קיים שחרור מפרמיה באופן כושר עבודה)</p>	<p>לתשומת לבכם! גיל מינימאלי 24. לא ניתן לרכוש במקרה והמבוטח עצמאי. תאריך התחלת עבודה במקום נוכחי _____ במקומות קודמים והוותק בהם (במידה והוותק במקום נוכחי קטן משנה) _____</p> <p>האם אתה עומד לעזוב את מקום העבודה ○ כן ○ לא</p>
<p>○ בתקציב עובד מעל ההפרשות</p> <p>○ ישולם ע"י המעביד</p> <p>○ ישולם ע"י העובד (יש למלא אמצעי תשלום)</p>	<p>תקציב פרמיה למבוטח ראשי</p> <p>אופן העברת הפרמיה</p>
<p>הערה: באם התשלום ע"י עובד תשוחרר פוליסת הצל בלבד.</p>	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
<input checked="" type="checkbox"/>	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס עד	ת.ז.
חתימת בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס		

הרשאה לחיוב חשבון			
<input checked="" type="checkbox"/>	מס' החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף
קוד בנק	מספר החשבון בבנק		
611	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
קוד מוסד	כתובת הסניף		
ס"ב	מס' הזהות/ח.פ. של בעל החשבון		
אב"ו הח"מ	שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק		
כתובת	רחוב	מספר	עיר
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".			
1. ידוע לי/לנו כי:			
א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.			
ב. אהיה/בהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.			
ג. אהיה/בהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.			
2. ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".			
3. 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.			
4. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.			
5. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.			
6. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.			
7.			
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תספותיהן ותנאי הצמדתן.			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעלי החשבון		
תאריך			

לכבוד			
הפניקס חברה לביטוח בע"מ			
ת.ד. 25333			
תל-אביב 61253			
<input checked="" type="checkbox"/>	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף
קוד בנק	מספר החשבון בבנק		
611	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
קוד מוסד	כתובת הסניף		
קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/נו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחייביותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.			
<input checked="" type="checkbox"/>	מספר הסניף	שם הבנק	תאריך
חתימה וחומת הבנק			

שם המבוטח	ת.ז.	
<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 בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי שחווה 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". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p>		
<p>2. אני החתום מטה, המעביד, של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרכו 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 שהפניקס 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 בתחביבי 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 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 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 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 עבדוני 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 המעביד	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

מינוי הסוכן כשלוח המעביד/המבוטח		
<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך 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 המעביד	חתימת המבוטח

אישור תנאי קבלה מיוחדים		
<p>אני מאשר/ת בזה רכישת 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	

אישור הסוכן			
<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 בייצוג פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון סוכן	חתימה וחומת הסוכן

הצהרת בריאות			
מבוסס ראשי		מבוסס שני	
הנני מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן			
מבוסס ראשי : גובה		מבוסס שני : גובה	
משקל		משקל	
1. מבוסס ראשי : האם הינך בהריון? האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? 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			
מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס שני: אם כן, בא פרט גיל	
מחלה או סיבת מוות		מחלה או סיבת מוות	
מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוסס שני: אם כן, בא פרט גיל	
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?			
מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מבוסס שני: כן - ציין תרופה	
מינון		מינון	
תרופה		תרופה	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי משך האשפוז מבוסס שני: אם כן - ציין מתי משך האשפוז			
סיבת האשפוז / הניתוח		סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע מבוסס שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע			
מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע		מבוסס שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע	
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר? מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום מבוסס שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום 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 אושפדת, 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?			
מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר ליום/שבוע		מבוסס שני: אם כן, ציין מספר ליום/שבוע	
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני?			
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 פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מימה ברחם, הפלות ספונטניות), ענבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?			
מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר ליום/שבוע		מבוסס שני: אם כן, ציין מספר ליום/שבוע	
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 (FMF), צינות (TUOG), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות			
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרביה), 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, סיטיק 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?			
מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין		מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין	
שמאל		שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, 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? מבוסס ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה מבוסס שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה			
מבוסס ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה		מבוסס שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה	
אבחנה		אבחנה	
תאריך		תאריך	
האם הבדיקה הייתה תקינה? אם צרף תוצאות הבדיקות.			
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?			
11. האם הינך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?			

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

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך					
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פגיעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם	
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי	

חתימת המבוטחים			
תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	מספר ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	מספר ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני