

**בקשת הצטרפות/חידוש שכיר ל"הפניקס פנסיה מקיפה" / "הפניקס פנסיה משלימה"**

בקשת הצטרפות ל"הפניקס פנסיה מקיפה"/"הפניקס פנסיה משלימה"  בקשה לחידוש פוליסת פנסיה מקיפה/ משלימה מס' .....

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

<b>פרטי המועמד / מבוסח</b>			
<input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה משלימה"			
שם פרטי	שם משפחה	שם הקרן	ת.ז.
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן		תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	שם משפחה קודם	שם האב
			מקצוע
כתובת	ת.ד./מיקוד	ישוב	נייד
			דואר אלקטרוני

<b>הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות</b>	
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 או 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).	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח/מבוסח בקרן הפנסיה

<b>הסכמה לקבלת דיוור שנתי בדואר אלקטרוני</b>	
אני מסכים כי הדיווחים השנתיים יישלחו לדואר האלקטרוני שלי:	
וזאת במקום באמצעות הדואר.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח/מבוסח בקרן הפנסיה
נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים	

<b>הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת</b>	
הנני מסכים כי המידע אודותי יישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח/מבוסח בקרן הפנסיה
נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים	

<b>פרטי המעסיק</b>						
שם המעסיק						
מספר חברה / ת.ז. המעסיק						
מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)						
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	טלפון	פקס

<b>פרטי ההפקדות לקרן פנסיה</b>						
השכר המבוסס בקרן הפנסיה	% רכיב פיצויים	% רכיב תגמולי מעסיק	% רכיב תגמולי עובד	% תגמולים לפי סעיף	<input type="radio"/> הצמוד מדד <input type="radio"/> תקבול	<input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה
פרמיה מינימאלית - 350 ש"ח			פנסית חובה: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (בהתאם לצו הרחבה לפנסית חובה)		סוג משרה: <input type="radio"/> רגילה <input type="radio"/> עונתית	

**מסלולי השקעה - פנסיה מקיפה**

לא נבחר מסלול השקעה יעודכן מסלול ברירת מחדל ע"פ התקנון - מודל תלוי גיל.

מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים	מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים
○ מודל תלוי גיל* (9999) (ברירת מחדל)	%	%	○ מדדי מניות חו"ל (52)	%	%
○ מסלול לבני 50 ומטה** (50)	%	%	○ מדדי אג"ח חו"ל (53)	%	%
○ מסלול לבני 50 עד 60** (150)	%	%	○ מדדי מניות (54)	%	%
○ מסלול לבני 60 ומעלה** (250)	%	%	○ מדדי אג"ח (55)	%	%
○ מניות (60)	%	%	○ אג"ח (61)	%	%
○ שקלי טווח קצר (62)	%	%	○ אג"ח עד 25% מניות (63)	%	%
○ הלכה (64)	%	%			

\* 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 מצידך, ללא תלות בשינויים בגילך.

**מסלולי השקעה - פנסיה משלימה**

לא נבחר מסלול השקעה יעודכן מסלול ברירת מחדל ע"פ התקנון - מודל תלוי גיל (עבור הפקה של פנסיה משלימה או במקרה של הגלשה מפנסיה מקיפה).

מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים	מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים
○ מודל תלוי גיל* (9999) (ברירת מחדל)	%	%	○ מניות (70)	%	%
○ מסלול לבני 50 ומטה** (51)	%	%	○ אג"ח (71)	%	%
○ מסלול לבני 50 עד 60** (151)	%	%	○ שקלי טווח קצר (72)	%	%
○ מסלול לבני 60 ומעלה** (251)	%	%			

\* 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 מצידך, ללא תלות בשינויים בגילך.

**שליטה על מרכיב פיצויים (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד. מובהר כי בהעדר סימון או הסכם קיבוצי או הסכם אחר כהגדרתו בסעיף 26 לחוק פיצויי פיטורים, לא יוחזרו כספים למעסיק)**

○ המעסיק יקבל לידיו את מרכיב הפיצויים במקרה הפסקת עבודה ללא זכאות לפיצויים.  
 ○ זכאות בלא תנאי: תאריך תחילת העבודה: \_\_\_\_\_ ○ מייד ○ בתום 36 חודשי עבודה ○ בתום \_\_\_\_\_ חודשי עבודה (עד 36 חודשי עבודה)  
 ○ סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963 - הסכם קיבוצי או צו הרחבה או "אישור כללי בדבר תשלומי מעביד לקרן הפנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים"  
 ○ ויתור בלתי מותנה של המעסיק על השליטה במרכיב פיצויים

X	X								
תאריך	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	X	חתימת המעסיק						

**אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה בשל מרכיב פיצויים**

הרינו נותנים הסכמתנו לבחירת העובד (אישור המעסיק נדרש אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מרכיב הפיצויים והעובד ביקש להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שונה ממסלול "ברירת המחדל")

X									
חתימת המעסיק									תאריך

אופן הגבייה ○ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ○ הודעת תשלום	אופן התשלום ✓ ○ רבע שנתי ○ חודשי ○ חצי שנתי ○ שנתי								
תאריך התחלת הביטוח									

**בחירת מסלול ביטוח "הפניקס פנסיה מקיפה"**

(נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש. ככל שלא אבחר מסלול ביטוח, יחול מסלול הביטוח הבסיסי לגיל 67 לגברים ולנשים).

גיל פרישה	בסיסי	שארים ממוצע	שארים מוגדל	נכות מוגדל	זיקנה מוגדל	משווה	נכות מינימאלי	זקנה ללא ביטוח מגיל 60*
64 לנשים ו-67 לגברים	○ (קוד 1)	○ (קוד 2)	○ (קוד 3)	○ (קוד 4)	○ (קוד 5)	○ (קוד 6)	○ (קוד 7)	○ (60)
67 לנשים	○ (קוד 21)	○ (קוד 22)	○ (קוד 23)	○ (קוד 24)	○ (קוד 25)	○ (קוד 26)	○ (קוד 27)	
60 לנשים ולגברים	○ (קוד 11)	○ (קוד 12)	○ (קוד 13)	○ (קוד 14)	○ (קוד 15)	○ (קוד 16)	○ (קוד 17)	

○ נכות מתפתחת ○ ללא כיסוי לשאירים\*\* ○ ללא כיסוי לבן/בת זוג\*\* (כיסוי לילדים בלבד)

\* גיל הצטרפות מינימאלי למסלול זה הינו 60  
 \*\* ככל שלמבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון

**בחירת מסלול ביטוח "הפניקס פנסיה משלימה"**  
 (נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש. ככל שלא אבחר מסלול ביטוח, יחול מסלול הביטוח הבסיסי לגיל 67 לגברים ולנשים למעט במקרה של הגלשה בו יחול מסלול הביטוח שחל עלי ב"קרן הפנסיה המקיפה").

גיל פרישה	בסיסי	שארים ממוצע	שארים מוגדל	נכות מוגדל	זיקנה מוגדל	משוואה	נכות מינימאלי	מסלול "יסוד" ללא כיסוי ביטוחי לנכות ושארים
64 לנשים ו-67 לגברים	<input type="radio"/> (קוד 1)	<input type="radio"/> (קוד 2)	<input type="radio"/> (קוד 3)	<input type="radio"/> (קוד 4)	<input type="radio"/> (קוד 5)	<input type="radio"/> (קוד 6)	<input type="radio"/> (קוד 7)	<input type="radio"/> (50)
67 לנשים	<input type="radio"/> (קוד 21)	<input type="radio"/> (קוד 22)	<input type="radio"/> (קוד 23)	<input type="radio"/> (קוד 24)	<input type="radio"/> (קוד 25)	<input type="radio"/> (קוד 26)	<input type="radio"/> (קוד 27)	
60 לנשים ולגברים	<input type="radio"/> (קוד 11)	<input type="radio"/> (קוד 12)	<input type="radio"/> (קוד 13)	<input type="radio"/> (קוד 14)	<input type="radio"/> (קוד 15)	<input type="radio"/> (קוד 16)	<input type="radio"/> (קוד 17)	
<input type="radio"/> נכות מתפתחת			<input type="radio"/> ללא כיסוי לשארים **			<input type="radio"/> ללא כיסוי לבן/בת זוג ** (כיסוי לילדים בלבד)		

\*\* ככל שלמבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון

**פרטי בן/בת הזוג**

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

**מינוי מוטבים למקרה מוות (תקף רק אם אין שאירים זכאים)**

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____ / _____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____ / _____
_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____	_____ / _____

**הצהרות לקרן הפנסיה**

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה בניהול "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: "הפניקס הפנסיה") ולאחר שבחנתי את האפשרויות העומדות לפני, מצהיר/ה בזה על אמיתות הפרטים וכי אם אתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה:

א. הנני מתחייב/ת בזאת למלא אחר תקנוני קרנות הפנסיה, החלטות מוסדות הפניקס פנסיה וההוראות המחייבות.

ב. ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנוני קרנות הפנסיה ולשינויים בהם עפ"י אישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. ידוע לי כי כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה עבורי בקרן הפנסיה, לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה ולא אהיה זכאי לכיסוי ביטוחי לנכות ולשארים. כן ידוע לי כי הפקדות עבור תקופה רטרואקטיבית למועד תחילת הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ולשארים ואינה נכללת במניין תקופת האכשרה. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול ההשקעה או מסלול ביטוח בקרן הפנסיה אהיה מבוטח במסלולי ברירת מחדל כקבוע בתקנון.

ג. ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכפל השכר הממוצע במשק, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. ככל שההפקדה ל"פניקס פנסיה מקיפה" בגיני תעלה על תקרת ההפקדה החודשית כהגדרתה בהסדר התחיקתי, יופקדו הכספים שמעל התקרה ל"פניקס פנסיה משלימה". במקרה של הפקדת הכספים מעל תקרת ההפקדה החודשית, ידוע לי כי ככל שלא אבחר אחרת, הרי שמסלול הביטוח שיחול עלי בקרן הפנסיה "הפניקס פנסיה משלימה" יהא מסלול הביטוח החל עלי בקרן הפנסיה "הפניקס פנסיה מקיפה" נכון למועד הפקדת הכספים שמעל התקרה כאמור לעיל.

ד. ידוע לי כי ככל שלא אבחר אחרת, הרי בעת הצטרפותי לקרן הפנסיה "הפניקס פנסיה משלימה", יחול עליי מסלול הביטוח "הבסיסי" בקרן הפנסיה הכולל בין היתר כיסויים ביטוחיים לזקנה, נכות ושארים, ומשכך תיגבה מחשבוני בקרן הפנסיה עלות הכיסוי הביטוחי בהתאם להוראות התקנון.

ה. הנני מצהיר/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנוני קרנות הפנסיה.

ו. הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בטופס זה ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.

ז. הנני מצהיר כי ידוע לי כי במקרה בו לא אבחר לוותר על כיסוי על שאירים אזי, תיגבה ממני עלות הכיסוי הביטוחי לשארים בהתאם להוראות התקנון, גם אם אין לי שאירים במועד הצטרפותי לקרן הפנסיה.

ידוע לי כי הויתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשארים בקרן "הפניקס פנסיה משלימה" הינו לתקופה של 24 חודשים ולאחר מכן הכיסוי הביטוחי האמור יחול עליי ותיגבה ממני עלות הכיסוי, אלא אם אבחר לוותר על הכיסוי האמור לתקופה נוספת של 24 חודשים. בקרן הפנסיה "הפניקס פנסיה מקיפה" הויתור כאמור הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי. לעניין ויתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשארים בקרן הפנסיה "הפניקס פנסיה מקיפה" 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 שאירים.

ח. אני ה"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.

ט. ידוע לי שככל שאהיה מעוניין להצטרף לקבלת שירותים באמצעות האינטרנט אוכל לשלף באמצעות האתר, מידע פנסיוני אודותי.

י. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי קרן הפנסיה 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 בקרנות הפנסיה.

<b>X</b>	<b>חובה לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח עדכני</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה		תאריך							

כן		לא		הצהרת בריאות פנסיה - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:		
גובה _____ משקל _____						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם נקבעה לך נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר /או הינך נמצא בהליך לאישורה של נכות?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?				
3 האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א	מחלת לב וכלי דם			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב	גידול שפיר או ממאיר/ גידול סרטני			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג	מחלת כבד			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד	מחלת סוכרת			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה	אירוע מוחי, שיתוקים, טרשת נפוצה, פרקינסון			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו	מחלת שלד או תנועה (בעיה אורתופדית)			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז	נשא HIV או חולה איידס			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם סבלת בשנה האחרונה מהידרדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה ____/____/____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/ כוסות של משקאות חריפים בשבוע?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם סבלת בשנה האחרונה מהידרדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן ציין: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון ____/____/____				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך בכושר עבודה מלא ולא היית בלתי כשיר לעבודה ו/או נעדרת מהעבודה לפרק זמן העולה על 21 ימים ברציפות או על 30 ימים לא ברציפות במהלך 12 חודשי העבודה האחרונים?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 האם הינך מקבל ו/או קיבלת/ נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?				

במידה ואחת מהתשובות חיובית, אנא פנה לסוכן המטפל ומלא/י באמצעותו הצהרת בריאות מפורטת.

חתימה				
<input checked="" type="checkbox"/>				
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך

ויתור על סודיות רפואית				
אני הח"מ נותנת/ בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיו הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיו 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 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 משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאים 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 מחלותיי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה 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 בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.				
<input checked="" type="checkbox"/>				
חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה				תאריך

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

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

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

תאריך
-------

לכבוד

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
	6 1 1			
("הבנק")		קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 - או  
 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.**

1	אני/אנו הח"מ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקשים 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. על/ינו 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 רשאים/ם 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 רשאים/ם 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 מהסדר 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 הסוכנות**

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 סוכנת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

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

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.  
 (○ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מ"יפה הכוח)

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה) ○ הפניקס חברה לביטוח בע"מ ○ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ ○ הפניקס קרנות פנסיה מאוזנות וותיקות בע"מ

<b>מ"יפה הכוח (הלקוח)</b>	
שם	מס' ת.ז.
<b>מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכח הינו תאגיד)</b>	
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'
<b>אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה):</b> ○ (1) יועץ פנסיוני ○ (2) סוכן ביטוח פנסיוני	
טלפון	דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מ"יפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות<sup>1</sup> להצטרפות למוצר או העברת בקשות<sup>1</sup> לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודות<sup>1</sup>, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

**הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים**

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר	(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 הכח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
 \* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.  
 \* 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**

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לבעל רישיון אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה ושאינם עבור קבלת מידע בלבד  
 זו תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

**2. תוקפו של ייפוי כוח**

**שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה**

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

X	חתימת הלקוח		<b>ולראיה באתי על החתום:</b>
X	חתימת הלקוח	חתימת הלקוח	
X	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	

1. **"מי מטעמו"** - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף מוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (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 ששדרש.  
 4. **"מוצר פנסיוני"** - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)2 לחוק הייעוץ הפנסיוני.  
 5. **"תכנית ביטוח"** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

קוד מבצע 1008

חבילת פלוס לפנסיה\*

\* החבילה כוללת: ביטוח למקרה מוות בפרמיה משתנה כל שנה, מוות מתאונה, נכות מתאונה, הכנסה למשפחה, ארד ועד שתוכל - אובדן כושר עבודה משלים לקרנות הפנסיה.  
 יופק בפוליסה נפרדת ומהווה חלק בלתי נפרד מטופס הפנסיה אליו צורף

מס' הצעה
----------

<p>* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין מועד קבלת ההצעה בחברה, תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	<p>תאריך תחילת ביטוח* ____/____/____</p>	<p>פרטי הביטוח</p>
<p><input type="radio"/> ביטוח יסודי - ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510) ש"ח _____</p>		
<p><input type="radio"/> ביטוח יסודי - ריסק דינאמי על פי הטבלה הבאה: טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה</p>		
<p>לתקופה (בשנים)</p>	<p>סכום חודשי בשקלים</p>	

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

<p>ביטוחים נוספים</p>	
<p><input type="radio"/> הכנסה למשפחה (346) ש"ח _____</p>	<p><input type="radio"/> נכות מתאונה (52) ש"ח _____</p>
<p><input type="radio"/> מוות מתאונה (909) ש"ח _____</p>	<p><input type="radio"/> ארד (7520) ש"ח _____</p>
<p><input type="radio"/> שחרור מתשלום פרמיות (2829) כולל ההרחבות הבאות: ביטול החרגה לתאונות עבודה (9) נכות חלקית משופרת (6) הרחבה עיסוקית (2) - צווארון לבן בלבד</p>	

<p>“עד שתוכל” - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרן הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)</p>
<p>קרן פנסיה חדשה: <input type="radio"/> גובה פנסית הנכות ש"ח _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p>
<p>פיצוי חודשי לגיל 67* ש"ח לחודש _____</p>
<p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515)</p>

<p>האם יש לך תחביבים או אורח חיים עם סיכון מיוחד (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט ומלא שאלון תחביבים בהתאם</p>	
<p>האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?</p>	<p><input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט</p>
<p>האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?</p>	<p><input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס</p>
<p>האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?</p>	<p><input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות</p>
<p>האם קיימות בידך פוליסות ביטוח חיים בתוקף? אם כן, יש למלא ולחתום על שאלון החלפה</p>	<p><input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט</p>

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח*									
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קריבה	% חלקים	למקרה מוות		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ					
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ					

\*לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשיו החוקיים של המבוטח.

<p>הסכמה לקבלת דיוור שנתי בדואר אלקטרוני</p>
<p>אני מסכים כי הדו"ח השנתי יישלח לדואר האלקטרוני שלי:</p>
<p>וזאת במקום באמצעות הדואר.</p>
<p>נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים</p>

<p>תשלום באמצעות כרטיס אשראי</p>	<p>אופן תשלום חודשי</p>
<p><input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר</p>	<p><input checked="" type="radio"/> אופן תשלום חודשי</p>
<p>שם בעל הכרטיס</p>	<p>מס' כרטיס האשראי</p>
<p>שם בעל הכרטיס</p>	<p>מס' ת.ז.</p>
<p>חתימת בעל הכרטיס</p>	<p>תוקף</p>

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית	
שם המועמד לביטוח	ת.ז.
<p>1. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, 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 שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) החברה רשאית להודיע על אי קבלה לביטוח או לחזור בהצעה נגדית תוך שלושה חודשים או תוך שישה חודשים אם פנתה לקבלת נתונים נוספים. ככל שחזרה בהצעה נגדית יידרש אישורי לתנאים תוך שלושה חודשים במהלכם יחולו תנאי ההצעה הנגדית. ככל שתנאי ההצעה הנגדית לא יאשרו תוך פרק זמן זה תבוטל הפוליסה. ידוע לי שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהתקבל אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו או ששולמה הפרמיה הראשונה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</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 המבוסס 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>3. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי על פי בקשותיי 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. ידוע לי שככל שאהיה מעוניין להצטרף לקבלת שירותים באמצעות האינטרנט אוכל לשלף באמצעות האתר, מידע פנסיוני אודותי.</p> <p>5. אני הח"מ, המועמד לביטוח, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודתיה 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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותיי 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>6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס". למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p>	
תאריך	X
חתימת המועמד לביטוח	

מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המועמד לביטוח	
<p>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.</p> <p>אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחני לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם. סוכן הביטוח לא יהיה שלוח הפניקס במקרים הבאים: בקשות משיכה, שינוי מסלולי השקעה, שינוי טעמי ההשקעה של המבטח בהשקעות במסגרת מסלול ההשקעה ב"שיטת הפניקס", בקשה להוספה, הגדלה, הקטנה וביטול של כיסויים ביטוחיים, בקשה לשינוי בתשלום התקופתי או להפקדה חד פעמית, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתביעה לתשלום סכום ביטוח בעקבות פטירת המבטח, בקשה להגדלת התשלום התקופתי, שאז על בעל הפוליסה ו/או המבטח להגיש הוראות ובקשות כאמור, וכן כל מסמך נוסף הנוחץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה להפניקס במשרדה.</p>	
תאריך	X
חתימת המועמד לביטוח	

אישור תנאי קבלה מיוחדים	
<p>אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מאשר 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	X
חתימת המועמד לביטוח	

אישור הסוכן			
הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי/הם.			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	X
חתימת הסוכן			



שאלון החלפה / שינוי בפוליסת ביטוח חיים/בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסה/ות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

<p><b>האם בידך פוליסה/ות ביטוח שבתוקף?</b></p> <p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p>	
<p><b>האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסה/ות הביטוח?</b></p> <p>כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p>	
<p><b>ביטוח חיים:</b></p> <p>1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, או כתוצאה מהוספת כיוויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסות ביטוח חיים שבתוקף, האם הפוליסות לביטוח חיים שבתוקף: יבוטלו; ייפדו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן; ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.</p>	
<p><b>ביטוח בריאות:</b></p> <p>2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: בתנאי התוכנית כגון בכיוויים הביטוחיים להם הינך זכאי; בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.</p>	

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

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

**הצהרת הסוכן:** למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:  לא  כן

<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת הסוכנות</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת הסוכן</p>	<p>תאריך</p>
---	---	--------------

קופת חולים:

**הצהרת בריאות "פלוס לפנסיה"**

סכום ביטוח מקסימאלי לריסק 1,500,000 ש"ח ולכל היותר 2,600,000 ש"ח למבוטח בחברה. סכום ביטוח מקסימאלי ארד 400,000 ש"ח סכום ביטוח מקסימאלי לנכות 750,000 ש"ח ולכל היותר 2,000,000 ש"ח למבוטח בחברה. סכום ביטוח מקסימאלי לעד שתוכל 7,500 ש"ח עבור סכומי ביטוח גבוהים מסכומי הביטוח הנקובים מעלה - יש למלא הצהרת בריאות מלאה.

**הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:**

גובה \_\_\_\_\_ משקל \_\_\_\_\_

1. האם הינך נמצאת/ת בטיפול רפואי כלשהו ו/או תחת השגחה רפואית ו/או נוטלת/ת תרופות?

2. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?

3. האם היית בתהליך של איבחון מחלה, בעייה רפואית או ליקוי רפואי בשלוש השנים האחרונות? האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות כלשהן לאבחון בעיה רפואית? CT? MRI? צינתור? בדיקת דופלר לבדיקת כלי הדם?

4. האם חלית או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או האירועים הבאים:

4.1 מחלות לב וכלי דם, התקף לב, לחץ דם גבוה, תוצאות חריגות בבדיקות לאיבחון מחלות לב כמו מבחן מאמץ (ארגומטריה), אקו לב, מיפוי לב.

4.2 מחלות נוירולוגיות, אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA), אפילפסיה. כאבי ראש כרוניים.

4.3 סכרת, הפרעה בחילוף חומרים, עודף שומנים בדם, מחלת כבד, מחלת כליות, מחלת ריאות, חולה איידס, נושא איידס.

4.4 גידולים שפירים, גידול ממאיר, מחלה ממארת,

5. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? אם כן, נא פרט: א. אחוז הנכות % \_\_\_\_\_ ב. סוג הנכות: זמנית / קבועה / טרם נקבעה נכות

6. האם הינך אדם עם מוגבלות, דהיינו, אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודך באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים?

7. האם הנך מעשן או עישנת בעבר? אם כן, ציין כמות סיגריות ליום \_\_\_\_\_ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) \_\_\_\_\_

8. האם הנך צורך משקאות חריפים? אם כן, ציין כמות ליום / לשבוע \_\_\_\_\_ כוסיות

9. האם הנך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?

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

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	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 המועמד לביטוח

<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>חתימת המועמד לביטוח</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	<p>ת.ז.</p>	<p>תאריך</p>
---	----------------	-----------------	-------------	--------------