



הפניקס מסלול מנהלים Plus – הצעה לביטוח מסלול מנהלים ושכירים

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 המעסיק

שם המעסיק / החברה	ת.ז. המעסיק / מס' חברה	מס' טלפון	מס' פקס
כתובת (רחוב)	מס' בית	ת.ד.	עיר/ישוב
האם ברצונך לקבל לכתובת מייל הזאת את דוח תחזית הגביה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		מיקוד	
דואר אלקטרוני			

פרטי המועמד לביטוח – העובד

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/ישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני
--------------	-----	------	----------	------	-------	---------------

האם יש לך תחביבים או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס
 האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי בשנה הקרובה?
 לא כן, פרט _____ (יש למלא שאלון תחביבים)
 לא כן, העבר שאלון טייס

אופן גביה ואמצעי תשלום

גביה יזומה ע"י הפניקס בהוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק וטופס הצהרה על 5 עובדים)
 אמצעי תשלום אחר

חודשי אופן הגביה

אמצעי תשלום

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 - נא ציין כאן גיל מבוקש _____ (אפשרי גיל 60-67)

חלוקת השכר החודשי יש לסמן את ההפרשות המבוקשות ואת שיעור דמי הניהול המבוקש

הצמדת שכר על פי תקבול צמוד מדד צמוד תוספת יוקר עם/ללא תקרה

תאריך תחילת העבודה ____ / ____ / ____

מוצר	שכר חודשי מבוטח	הפרשה לפיצויים	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד	תגמולים על פי סעיף 47	תקציב אובדן כושר עבודה	דמי ניהול מהתשלום התקופתי	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
<input type="radio"/> 109 - מסלול חסכון עם כיסויים ביטוחיים נוספים	ש"ח _____	%	%	%	%	<input type="radio"/> עד 2.5%, הפיצוי החודשי יוקטן במידה והפרמיה עולה על תקציב זה (21) <input type="radio"/> גבוה מ 2.5% ועד _____, הפיצוי החודשי יוקטן במידה והפרמיה עולה על תקציב זה (21) <input type="radio"/> מתוך התקציב לתגמולים (1)	3%	0.5% (4656) 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%
							%	%

הערות:
 על פי תקנה 19, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופה משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה לתגמולים בשיעור שלא יפחת מהרואות החוק.
 על פי התקנות, חלק המעסיק והעובד בתגמולים, חייב להיות באותה פוליסת ביטוח לפי השכר המבוטח בכל פוליסה.
 *דמי ניהול לא יהיו גבוהים מברירת המחול. דמי ניהול הנמוכים מברירת המחול, מחייבים את אישור הפניקס.

מסלולי השקעה					
תגמולים	פיצויים	מסלול השקעות	תגמולים	פיצויים	מסלול השקעות
%	%	○ הלכה (117)	%	%	○ מודל תלוי גיל* (9999) (ברירת מחדל)
%	%	○ מודל תלוי גיל פאסיבי* (8888)	%	%	○ מסלול לבני 50 ומטה** (314)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה** (241)	%	%	○ מסלול לבני 50 עד 60** (114)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60** (242)	%	%	○ מסלול לבני 60 ומעלה** (214)
%	%	○ מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה** (243)	%	%	○ אג"ח (11)
%	%	○ מסלול עוקב מדדים גמיש (1000)	%	%	○ מניות (115)
%	%	○ מסלול משולב סחיר (1001)	%	%	○ מחקת מדד S&P 500 (16)
			%	%	○ אג"ח עד 25% מניות (116)

* 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.

שליטה על מרכיב הפיצויים – יש לסמן אחת משלושת האפשרויות ולחתום

שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)

○ סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג – 1963

נא להחיל את הוראות סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מלוא ההפרשה לפיצויי פיטורים החל מתאריך:

לתשומת לב! בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 פיצויי פיטורים מתוקף הצו.

○ 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 המעסיק לתשלום פיצויי פיטורים. המעסיק 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 המעסיק וזאת עד תום שבע שנים מיום הוצאת הפוליסה או מהיום שבו בוצע שינוי מעסיק, 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 והמעסיק וזאת ללא מגבלת זמן.

○ לא חלה על כספי הפיצויים אף אחת משתי האפשרויות מעלה.

חתימה				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח
				X

מינוי מוטבים – למועמד לביטוח						
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				○ נ		
				○ נ		
				○ נ		
				○ נ		

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

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

ביטוח מפני אובדן כושר עבודה והרחבות לבחירה	
בפוליסה על פי תקבול, הפיצוי החודשי יופיע בדף פרטי הביטוח וישתנה בהתאם לתקבול המשולם על ידי המעסיק * ידוע לי כל על פי הוראות הרגולציה, חל איסור לבטח בכיסוי אובדן כושר עבודה רובד שכר המבוטח בקרן הפנסיה	
פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה <input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה * (8800) * כולל נכות חלקית <input type="radio"/> תקופת המתנה של 3 חודשים שיעור פיצוי % _____ משכר _____ ש"ח (שכר שאינו מבוטח בקרן הפנסיה)	שחרור מתשלום פרמיות בלבד <input type="radio"/> שחרור מתשלום פרמיות בלבד * (8801) * כולל נכות חלקית <input type="radio"/> שחרור מהפקדות בפוליסה אחרת בפניקס מספר _____ <input type="radio"/> שחרור מהפקדות בחברה אחרת (8801) _____ שיעור השחרור המרבי שירכש יהיה זהה לשיעורי ההפקדות הנובעות מהשכר לאובדן כושר עבודה המבוטח בפועל בפוליסה זו <input type="radio"/> 21% <input type="radio"/> % _____ (מקסימום 23%) <input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה <input type="radio"/> לא, כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח
חבילה בסיסית - הרחבות <input type="radio"/> פרנצ'יז * (1) <input type="radio"/> עיסוקית לעיסוק ספציפי * (2) <input type="radio"/> ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי * (15) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה * צווארון לבן בלבד * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	
הרחבות נוספות לבחירה באישור מיוחד בלבד (לא נדרש אישור בתעריף ספר)	
קיצור תקופת המתנה <input type="radio"/> חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> פרנצ'יז עבור חודשיים המתנה * (11) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה <input type="radio"/> תשלום נוסף במקרה של סיעוד * (10) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	הגדלת תגמולי הביטוח כתוצאה מגידול בשכר המבוטח * (גג חתם) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד <input type="radio"/> 20% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (13) <input type="radio"/> 25% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (14)
הארכת תקופת הצמדת הפיצוי החודשי למדד * * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד <input type="radio"/> 36 (17) <input type="radio"/> 48 (18) <input type="radio"/> 60 (19) תשלומים חודשיים	הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת אובדן כושר עבודה * * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד <input type="radio"/> גידול של 1% בשנה (20) <input type="radio"/> גידול של 2% בשנה (21)
תקנות כיסויים ביטוחיים - מגבלת הסכום מיועד לכיסויים הביטוחיים מתוך ההפרשות לתגמולים ולאובדן כושר עבודה. הרינו לאשר בזאת, כי במקרה שעלויות הכיסויים הביטוחיים תעלה על 35% מתוך ההפרשה לתגמולים ו/או אובדן כושר עבודה, יוקטנו תחילה כיסויים למקרה מוות, לאחריו יוקטן הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה ולבסוף יבוטל השחרור.	
תאריך	שם המבוטח
הצהרת הסוכן לרכישת כיסוי אובדן כושר עבודה	
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.	
הנני מאשר כי ההכנסה המבוטחת בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה: <input checked="" type="checkbox"/> הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, ואינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים. <input checked="" type="checkbox"/> אני פועל לביטול התוכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה ככל שההכנסה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים. <input checked="" type="checkbox"/> ההכנסה המבוטחת בכיסוי אינה הכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה <input checked="" type="checkbox"/> שיעור הכיסוי בהצעה זו ובתוכניות ביטוח קיימות, ככל שקיימות, לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.	
תאריך	שם הסוכן
מספר רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן
כיסויים נוספים שירכשו בפוליסה נפרדת	
<input type="radio"/> ריסק משתנה כל שנה (510) ש"ח _____	<input type="radio"/> נכות מקצועית (58)
<input type="radio"/> סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה	<input type="radio"/> נכות רגילה (57)
<input type="radio"/> סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה	<input type="radio"/> סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה

הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה					
<input type="radio"/> הכנסה למשפחה יסודי (9345)					
<input type="radio"/> 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 משפחה ושם משפחה	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח

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 ביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך חיתום 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.</p>	
<p>3. הצהרה לעניין ויתור 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 משהרר אתכם וכל רופא מרופאיכם 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 לני"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>4. ידוע לי כי, פרטי התקשרות שציינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס.</p>	
<p>5. הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצע דיגיטלי (דואר אלקטרוני / מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר. <input type="radio"/> איני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.</p>	
<p>6. הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים – הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיגו 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 type="radio"/> לא מסכים</p>	
תאריך	X
חתימת המועמד לביטוח	

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)	
<p>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 ו/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).</p>	
תאריך	X
חתימת המועמד לביטוח	

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.

אישור הסוכן			
<p>הנני מאשר כי שאלתי את המעסיק 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 ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן
			X

				הצהרת בריאות מלאה – הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן: *תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה. *מועמדים בני 65 ומעלה – יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)	
מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא	כן	לא
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם מונה לך אפוטרופוס על רקע רפואי? במידה והתשובה חיובית שאלה לאפוטרופוס, נא פרט: מועמד ראשון: הסיבה בגינה מונה אפוטרופוס _____ מועמד שני: הסיבה בגינה מונה אפוטרופוס _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם המועמד אובחן עם פיגור שכלי, אלצהיימר, אוטיזם (ASD)? גובה, משקל לנשים: האם הינך בהריון?	
<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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	9 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? האם הינך מעשן או עישנת בעבר? – אם כן, נא פרט: 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"/>	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"/>	12 האם בשנה האחרונה נעדרת מהעבודה מעל- 21 ימים ברציפות או מעל 30 ימים לא ברציפות בשל מצב רפואי? א מחלות לב 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? ב מחלות כלי דם / מחלות דם האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כלי דם או מחלת דם כלשהי, כגון יתר לחץ דם, מפרצת, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, אנמיה, פוליציטמיה, בעיות בטסיות או בכדוריות דם לבנות, טלסמיה, מיאלומה, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תסחיף, טחול מוגדל, כשל חיסוני?), APLA, תת קרישיו	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג מחלה ממארת / גידול סרטני או גידול שפיר האם אי פעם אובחנת או סבלת מגידול שפיר או ממאיר/גידול סרטני כלשהו כולל סרטן עור, מלנומה וגידולים המטולוגיים (לוקמיה או לימפומה)?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד מחלות כליות ודרכי השתן האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כליות ודרכי שתן כלשהי כגון אבנים, ציסטות בכליות, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, הידרונפרוזיס, האם טופלת או הינך מטופל בדיאליזה, הגדלת ערמונית(פרוסטטה) PSA מוגבר?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה מחלות זיהומיות האם סבלת או אובחנת במהלך 5 השנים האחרונות כנשא של מחלה זיהומית כלשהי כולל איידס (HIV), צהבת זיהומית (D או C או B הפטיטיס)?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו מחלות עור האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת עור כגון פסוריאזיס או פמפיוגוס?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז 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, גאוס, ליקוי בתפקוד שחלות או אשכים, עודף או חסר בהורמוני מין, אנדומטריוזיס?	

מועמד ראשון				מועמד שני				הצהרת בריאות מלאה - המשך		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	שאלון מחלות - המשך		
שאלון מחלות										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת דרכי עיכול כלשהי כגון מחלות מעי דלקתיות (קרון, אולצרטיב קוליטיס), מעי רגז, דימום רקטלי, בקע (מפשעתי, טבורי, סרעפתי)?	ח	מחלות דרכי העיכול
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות ממחלת כבד/ לבלב כלשהי כגון הפרעה בתיפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, פנקריאטיטיס (דלקת לבלב)?	ט	מחלות כבד, צהבת, כיס מרה, 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"/>	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?	י	מחלות דרכי הנשימה / ריאה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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?	יא	מחלות מערכת החושים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם אובחנת או סבלת במהלך 5 השנים האחרונות מהפרעה כלשהי במערכת שלד/ פרקים או מחלה ראוטולוגית 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)?	יב	מחלות שלד / פרקים / ראוטולוגיות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם אי פעם אובחנת או סבלת ממחלת מערכת העצבים (ניורולוגית) כלשהי כגון פרקינסון, טרשת נפוצה (MS), אירוע מוחי (שבץ מוחי, CVA או TIA), שיתוק או חולשה בנפיים, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים (יותר מ- 4 פעמים בחודש), ליקויי קואורדינציה?	יג	מחלות מערכת העצבים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	האם אובחנת במהלך 5 השנים האחרונות עם מחלה נפשית כלשהי כגון דיכאון, חרדה, פאניקה, הפרעת דחק בתר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית (הפרעה ב' פולרית, מאניה דיפרסיה), סכיזופרניה, פסיכוזה?	יד	מחלות נפשיות

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

רשימת שאלוני המשך	
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראוטמיזם
2. גב ועמוד השדרה	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')

חתימה				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח
				X

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

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך

לכבוד

בנק	מס' חשבון			מס' חשבון		
בנק	סניף	סוג חשבון				
			6	1	1	
אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)			שם המוסד (המוטב)		קוד מוסד (המוטב)	
			("הבנק")			
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. א - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב: ש"ח _____ <input type="checkbox"/> 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 בעלי 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).
2	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 ההסדר 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.
3	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת הלקוח/ות <input type="checkbox"/> חתימת בעלי החשבון

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 בעלי 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה + חותמת סוכנות	מס' הסוכן/הסוכנת	שם הסוכן/הסוכנת	תאריך
-------------------------------------	----------------------	------------------	-----------------	-------

*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 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.	כתובת
← מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכח הינו תאגיד):		
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'	מס' סוכן
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): O יועץ פנסיוני O (2) סוכן ביטוח פנסיוני		
טלפון	דואר אלקטרוני	

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת יעוץ 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 ומיופה 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 הכח 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. תקופו 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:
תאריך החתימה	חתימת הלקוח		
X	X	X	
תאריך החתימה	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	שם סוכן הביטוח / 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 (יעוץ 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 ונכ(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

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

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ/ הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

מספר חשבון	שם יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני	מספר יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני
------------	---------------------------------	-----------------------------------

פרטי העמית/ המבוטח				
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון	דואר אלקטרוני

העברת הטופס ישירות לחברה, הינה תנאי מקדים לביצוע הבקשה בהתאם לתנאי הפוליסה.
יש להעביר את הטופס באמצעות המייל לכתובת sherutlife@fnx.co.il או לפקס מס' 03-7336948

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל - "מודל תלוי גיל".	תאריך	חתימה וחותמת המעסיק
--	-------	---------------------

חתימת העמית/ המבוטח		
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת העמית/ המבוטח

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.