

משפחה יקרה,

קבלו נא את השתתפותנו בצערכם על מות יקירכם/יקירתכם. אנו מצדנו נעשה כל מאמץ על מנת לזרז את הטיפול בתביעתכם, לכן מילוי נכון של טופס התביעה על הנחיותיו, יעזור לנו לטפל בתביעתכם בתוך זמן סביר ולשביעות רצונכם. לידיעתכם, ניתן לבחור קבלת סכום הביטוח בתשלומים חודשיים קבועים במקום בסכום חד פעמי.

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח, נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם כפי שמפורט בטופס.

אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך. יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת. את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה לבחירתך באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח.
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים, 5345433.
- לתיבת דוא"ל: Tviothaim@fnx.co.il.
- פקס: 03-7337975.
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

ביכולתך לצפות בסטטוס התביעה תחת מידע אישי באתר הפניקס.

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

פירוט המסמכים הנדרשים לצורך טיפול בתביעת פטירה

הנחיות כלליות:

מסמכים נדרשים

1. צילום ברור וקריא של תעודת הפטירה.
2. מסמכים רפואיים המעידים על נסיבות הפטירה. (סיכום מחלה ו/או דו"ח אשפוז).
3. צילומי תעודת זהות של המוטבים הרשומים בפוליסה, כולל תאריך לידה מדויק. מספרי הזהות וכתובת מלאה של כל מוטב.
4. צילום צ'ק מבוטל או דף חשבון בנק של כל מוטב ובו פרטים ברורים ומדויקים של פרטי החשבון של המוטב.

מוות עקב תאונה או מוות לא טבעי אחר או מוות מחוץ לגבולות המדינה

5. במקרה פטירה עקב תאונה או מוות לא טבעי אחר, יש לצרף אישור גוף ממשלתי כגון משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, דו"ח מד"א, משרד הבטחון וכו', המעיד על נסיבות המקרה.
6. במקרה פטירה מחוץ לגבולות מדינת ישראל, יש לצרף אישורים רפואיים מהמדינה שבה קרה מקרה הביטוח, אישור משרד הבריאות בנתב"ג על הגעת הגופה לישראל, תמצית רישום מרשם האוכלוסין המאשר את מקרה הפטירה.

אם הפוליסה הופקה לפי תוכנית "מנהלים"

7. במידה והפוליסה או אחת מהפוליסות הופקה לפי תוכנית "מנהלים שכירים" הכוללת הפרשה לפיצויים, יש לצרף טופס 161 – הודעת מעביד על תשלום מענק עקב פרישה או מוות. טופס זה ימולא ע"י בעל הפוליסה בלבד (המעביד).
 הואיל וכספי הפיצויים בפוליסת מנהלים שכירים משולמים לשאירים של המנוח בהתאם לסעיף 5 בחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963, יש לצרף "תצהיר שאירים" ערוך וחתום ע"י עודד ובו פירוט כל שמות שאירי המנוח עם ציון שם מלא, יחס הקרבה למנוח, תאריך לידה מדויק ומספר ת.ז. (מצ"ב דוגמת תצהיר שאירים).
 לחילופין, ניתן למלא את התצהיר במחלקה המשפטית שלנו לאחר תיאום טלפוני מראש.

פוליסות "משכנתא"

8. תגמולי הביטוח ישולמו במוות המבוטח אליו מתייחס המקרה:
 1. במידה והמבוטח הנוטר מעוניין להמשיך ולהיות מבוטח בפוליסה נא לסמן:
 - הנני מבקש להמשיך את הביטוח ולשלם את הפרמיות בפוליסה באחת משתי האפשרויות הבאות:
 - באמצעי התשלום הקיים
 - באמצעי תשלום אחר (יש לצרף הוראת קבע/כרטיס אשראי)
 - 2. במידה והמבוטח הנוטר אינו מעוניין להמשיך ולהיות מבוטח בפוליסה נא לסמן:
 - הנני מבקש לבטל את הפוליסה

אפשרות לקבלת סכומי הביטוח - לבחירת המוטב

9. תגמולי הביטוח ישולמו למוטב עפ"י בחירתו:
 1. השארת תגמולי הביטוח בחברתנו כהפקדה חד פעמית ו/או תשלום חודשי שוטף, לצורכי השקעה באפיקי חסכון מגוונים בתנאים אטרקטיביים. מצורף טופס הצעה לפוליסת חסכון של הפניקס.
 להצטרפות יש למלא את טופס ההצעה ולהעבירו לחברתנו בצירוף טופס התביעה.
 2. "ריסק גמיש": קבלת סכום הביטוח בתשלומים חודשיים / סכום חד פעמי / שילוב של תשלום חד פעמי - סכום חודשי (ראה טבלת "ריסק גמיש" המצורפת בהמשך) בניכוי מס רווחי הון כחוק.

הערות:

1. אם באחת הפוליסות נרשם מוטב בקביעה בלתי חוזרת, או אם רובץ שעבוד לטובת צד שלישי, תגמולי הביטוח ישולמו למוטב שנרשם בקביעה בלתי חוזרת או לגוף המשעבד ויתרת תגמולי הביטוח, אם קיימת, תשלום למוטבים הרשומים בפוליסה או ליורשים החוקיים של המבוטח.
2. אם קיים עיקול על הפוליסה, לא נשלם את תגמולי הביטוח אלא בכפיפות להנחיות ראש ההוצל"פ או רשות שיפוטית אחרת.
3. אם חלק מהמוטבים בפוליסה הינם קטינים (מתחת לגיל 18) או חסויים, חלקם בתגמולי הביטוח ישולם לאפוטרופוס הטבעי - ההורה, או לאפוטרופוס במינוי שנקבע ואושר ע"י בית משפט או בית דין רבני.
4. אם לא צויינו בפוליסה שמות המוטבים, תגמולי הביטוח ישולמו ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה שהוצא מטעם בית משפט או בית דין רבני או צוואה שקוימה בצו של בית משפט. עם זאת, במקרה בו הסכום לתשלום העומד לזכות המוטבים נמוך מ 8,000 ש"ח, ניתן לחתום על הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבן עמית שנפטר (ראה להלן בדף 5) וללא צורך בהמצאת צו ירושה או צו קיום צוואה.

טופס תביעת פטירה

← פרטי איש הקשר

שם איש הקשר	מס' טלפון	מס' פקס
-------------	-----------	---------

כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)	טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
---	-------------------------------------

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני.
 נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך. בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 בעקבות הוראת הפיקוח, על המוטב חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

← פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
כתובת (רחוב)	מספר	עיר
שם קופת חולים	סניף	שם רופא המשפחה
שם רופא הרופא	כתובת הרופא	שם חברה הביטוח
תאריך פטירה	פוליסת ביטוח חיים בחברת ביטוח אחרת	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם חברת הביטוח

← CRS-I FATCA

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 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.
האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא במידה וענית "כן" אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:		
מדינה	מספר TIN	
1.		
2.		
3.		

*יש לצרף טופס על תשלום מס כדון בכל מדינת תושבות.

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

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

כתב שחרור וקבלה

אני הח"מ, _____, מספר ת.ז. _____, מאשר/ת ומתחייב/ת בזאת, כדלקמן:

1. אני אביו/אמו של הקטין _____, ת.ז. _____ (להלן: "בתי/בני"), ואני אפטרופוסו הטבעי עפ"י חוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות, תשכ"ב - 1962 (להלן: "החוק").
2. בתי/בני היא/הוא המוטב/ת בפוליסת ביטוח חיים ע"ש _____ מס' _____ (להלן: "הפוליסה") בפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה").
3. בתוקף סמכותי עפ"י החוק, הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת לעשות שימוש בכספי הביטוח שיגיעו לידיי, אך ורק לטובת/ה של בתי/בני והכל בכפוף להוראות הקבועות בחוק.
4. אני מאשר בזה כי תשלום תגמולי הביטוח עפ"י הפוליסה לידיי, עבור בני/בתי מהווה סילוק סופי ומוחלט של הפוליסה.
5. כמו כן, הנני מתחייב, כי תגמולי הביטוח מהפוליסה לעיל, כוללים כיסוי מלא, סופי ושלם לכל תביעות כל אדם ו/או גוף זולתו ועם קבלת הסכום הנ"ל, הנני משחרר בזה את החברה וכן כל אדם ו/או גוף משפטי אחר המופיע בשמה ומכוחה, מכל אחריות שהיא, כלפיו, כלפי המוטב וכלפי כל אדם ו/או גוף זולתו, בכל הקשור והנוגע לפוליסה.
6. כמו כן, הנני מתחייב, לשפות את החברה, בכל סכום בו תידרש הפניקס לשלם בגין הפוליסה לצד שלישי, את תגמולי הביטוח לרבות הוצאות משפט ושכ"ט עו"ד.
7. אני חותם על כתב שחרור וקבלה זה כראיה לכך שאין ולא תהיה עוד לבתי/בני כל זכות שהיא עפ"י הפוליסה, ואני מתחייב/ת כי לא יהיו לי ו/או לבתי/בני כל טענות ו/או דרישות ו/או תביעות שהן בגין הפוליסה כלפי החברה, והריני בא על החתום.

_____ X _____
 חתימה תאריך

אני הח"מ, _____, ת.ז. _____,
 מאשר/ת בזה כי _____, ת.ז. _____,
 הנ"ל חתם בפני על כתב השחרור והקבלה שלעיל, לאחר שקרא והבין את האמור בו.

_____ X _____
 חתימה תאריך

טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות
תוספת שלישית - (סעיף 5 (ד))

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

אני: _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: _____

מצהיר בזה כי:

- אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.
 הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען

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				תאריך	

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזהויה.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

← הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבון מבוטח שנפטר

1. הריני להצהיר בזאת כי חלפו שלוש שנים ממועד פטירת המבוטח ועד למועד בקשתי זו, וכי הנני בנו/בתו הורה בן/בת זוגו של המבוטח.
 2. הריני להצהיר כי למיטב ידיעתי הנני יורש לפי כל דין של המבוטח בחשבון זה. ככל שישולמו לי כספים על בסיס הצהרתי זו, והקופה תחוייב לשלם את הכספים ששולמו לי או חלקם לגורם אחר, הנני מתחייב לשפות את הקופה בגין מלוא הכספים ששולמו לי בצירוף ריבית כדין. לרבות בגין הוצאות הקופה עקב תשלום הכספים כאמור.

X					
חתימת המבקש	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך	

← ריסק גמיש - אופן קבלת תגמולי הביטוח

באפשרותך לבחור את אופן התשלום לקבלת תגמולי הביטוח

<input type="radio"/> בתשלום חד -פעמי <input type="radio"/> סך של ח"פ _____ ש"ח והיתרה בתשלומים חודשיים כמפורט מטה	<input type="radio"/> מלוא הסכום <input type="radio"/> סך של ח"פ _____
<input type="radio"/> תשלומים חודשיים <input type="radio"/> _____ תשלומים חודשיים	<input type="radio"/> סכום חודשי בסך של _____ ש"ח <input type="radio"/> _____ תשלומים חודשיים

מסלול לחיים פרט - הפקדה שוטפת / או חד פעמית לחיסכון בלבד

פרטי סוכן/יועץ

שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	מס' הצעה
--------------	---------------	----------

אנני/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. פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התשי"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.

פרטי בעל הפוליסה

מועמד לביטוח אחר*

* ככל שבעל הפוליסה הינו חבר בני אדם או תאגיד, מטרת הפוליסה תהיה חסכון עבור המבוטח מכוח הסכם עובד מעביד.

שם משפחה/חברה	שם פרטי	ת.ז. / פ.ח. / ח"צ	מין <input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ	תאריך לידה*	טלפון
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
				דואר אלקטרוני	

* נדרש למלא כאשר בעל הפוליסה הינו גורם פרטי בלבד.

FATCA ו-CRS בעל הפוליסה

האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא
 האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא
 ארץ לידה: _____
 * במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
-----------------	------------------

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

במידה וענית "כן" אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

*יש לצרף טופס על תשלום מס כדון בכל מדינת תושבות.

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

* אם הנך תאגיד, יש למלא טופס מק"ט 300106320

תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה
-------------	-------------------

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ	מס' מצב משפחתי <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ר	ת.ז.	תאריך לידה	טלפון	נייד
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני	

FATCA ו-CRS מבוטח

האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא
 האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא
 ארץ לידה: _____
 *במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
-----------------	------------------

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? כן לא
 במידה וענית "כן" אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

*יש לצרף טופס על תשלום מס כדון בכל מדינת תושבות.
 הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדון בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.
 בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

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

הסכמה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקבוצה כהגדרתה בטופס זה, לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל. ידוע לי שבכל עת אוכל לבקש להסיר את פרטי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני, וזאת באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של הפניקס.

נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח
-------------------	---------------------

הסכמה לדיוור שנתי בדואר אלקטרוני

אני מסכים כי הדו"ח השנתי יישלח לדואר האלקטרוני שלי:

 וזאת במקום באמצעות הדואר.

נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח
-------------------	---------------------

שירותי עדכון באמצעות מסרון (SMS) למועמד לביטוח ולסוכן הביטוח

הנני מעוניין כי תשלחו אלי עדכונים בעת ביצוע פעולות תפעוליות בפוליסה זו (היינו: הפקת פוליסה, שינוי מסלול השקעה, חוסרים בתהליך הפדיון וביצוע הפדיון), באמצעות מסרון SMS למספר הטלפון הנייד המצוין מטה או לכל מספר טלפון נייד אחר שאמסור לכם בעתיד.

אישור המועמד לביטוח לקבלת מסרון

שם	שם משפחה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד נוסף	חתימת המועמד לביטוח
----	----------	----------------	---------------------	---------------------

אישור סוכן הביטוח לקבלת מסרון

שם	שם משפחה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד נוסף	חתימת סוכן הביטוח
----	----------	----------------	---------------------	-------------------

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח

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

לא מוזנו מוטבים: המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח* ולמקרה מוות יורשיו החוקיים של המבוטח.
 *בעל פוליסה שהינו חבר בני אדם או תאגיד לא ימונה כמוטב בפוליסה זו.

למקרה חיים	למקרה מוות
------------	------------

אופן גביה ואמצעי תשלום					
<input type="radio"/> לחודש <input type="radio"/> 10 לחודש	<input checked="" type="radio"/> חודשי	<input checked="" type="radio"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)	ש"ח	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> להון בלבד	יום גביה מבוקש	אופן הגביה	אמצעי התשלום	תשלום תקופתי	מועד כניסת הביטוח לתוקף* חד-פעמית

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.

בהעברה בנקאית יש להפקיד לחשבון הפניקס בבנק לאומי (10) סניף 800 מספר חשבון 21181520

מסלולי השקעה					
<input type="radio"/> כוללי* (14) *ברירת מחדל	%	<input type="radio"/> אג"ח (11)	%	<input type="radio"/> מניות (115)	%
<input type="radio"/> אג"ח עד 25% מניות (116)	%	<input type="radio"/> מדדי מניות חו"ל (16)	%	<input type="radio"/> אג"ח עד 25% מניות (117)	%
<input type="radio"/> הלכה (117)	%	<input type="radio"/> מדדי אג"ח חו"ל (17)	%	<input type="radio"/> מדדי מניות (18)	%
<input type="radio"/> שיקלי טווח קצר (118)	%	<input type="radio"/> מדדי אג"ח (19)	%		%

מסלול ביטוח מבוקש		
<input type="radio"/> מסלול לחיים שרות* (הפקדות שוטפות בלבד) *במסלול זה בלבד ניתן לשלם בכרטיס אשראי	2%	דמי ניהול מהתשלום התקופתי
<input type="radio"/> מסלול לחיים צבירה להפקדות שוטפות בלבד (להסכון בלבד)	0%	דמי ניהול מההסכון המצטבר
<input type="radio"/> מסלול לחיים צבירה (הפקדות חד פעמיות בלבד)	0%	דמי ניהול מההסכון המצטבר

הפקדה שוטפת		הפקדה חד פעמית	
ש"ח	למטרת הון	ש"ח	למטרת הון
שיעור דמי ניהול: מההפקדה - % מצבירה - % רביית ברוטו לחישוב - 4% לפני ניכוי דמי ניהול מצבירה			
סכום למשיכה בגמר תקופה ע"ס ש"ח בניג			
לידיעתך נתונים אלו הינם להמחשה בלבד. רוחני ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה			
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד לביטוח			

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

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)	
שם המועמד לביטוח	ת.ז.
1. הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת ביטוח - אני הח"מ, בעל הפוליסה/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 המפורסות 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 חיטום על בסיס הנתונים שמסרתם, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים. מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיוע הליך החיטום 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.	
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. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.	
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 באמצעות תקשורת חלופית ("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.	
4. הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית - אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נתן 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 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 עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.	
5. הצהרה בנושא FATCA ו-CRS - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב מדינה זרה או במקרה שבו הפרטים שמסרתם 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 מחובת למסור פרטים ביחס לפרטי זיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA ו-CRS.	
6. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו-CRS.	
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד לביטוח	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הפוליסה
תאריך	

← 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).

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

← 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, 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 לנוקד קשרי הלקוחות של החברה.

נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

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

← הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001

פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התשס"ב - 2001. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק. במקרה של תשלום שנתי העולה על 20,000 ש"ח יש לצרף צילום ת.ז. (לתושבי חוץ: דרכון או תעודת מסע) ולהצהיר כדלקמן: אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מצהיר בזאת כי אני פועל עבור עצמי, וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זאת המבוטח (למעט זכויות הנובעות מזקיפת מס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל עבור אחר. ידוע כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עברה פלילית.

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

← מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המועמד לביטוח

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 להתחום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. 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. סוכן הביטוח לא יהיה שלוח הפניקס במקרים הבאים: בקשות משיכה, שינוי מסלולי השקעה, 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 המבוטח, בקשה להגדלת התשלום התקופתי, שאז על בעל הפוליסה ו/או המבוטח להגיש הוראות ובקשות כאמור, וכן כל מסמך נוסף הנוחץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה להפניקס במשרדה.

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

טופס אמצעי תשלום

תשלום באמצעות כרטיס אשראי - חיוב בכרטיס אשראי ניתן רק במסלול שרות בו דמי הניהול הינם 2% מפרמיה ו- 1.25% מצבירה.

ויזה כ.א.ל. ישראלכארט לאומי קארד דיינרס אמריקן אקספרס אחר

תוקף	מס' כרטיס האשראי
X	
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.
	חתימת בעל הכרטיס

לשימוש פנימי

מס' פוליסה/הצעה	מס' קולקטיב

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד

תאריך

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 או -
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות 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 ישלחו 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 _____ מס' ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקשים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו. בסכומים ובמועדים שימצאו 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 רשאים/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 רשאים/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 שביני/נו 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 שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק ראשי 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	חתימת בעל/י החשבון X

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.

חתימת בעל/י החשבון X

אישור הסוכנת

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
			X

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