

הצעה לביטוח חיים וכיסויים נוספים

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*	פרטי סוכן/יועץ
* 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.	שם סוכן/יועץ
	מס' סוכן/יועץ
	שם המנהל העיסקי
	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:
פוליסה זו כפופה לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000. החברה תפנה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים ככל שהדבר יתבקש על פי הוראות החוק.

פרטי בעל הפוליסה

מועמד לביטוח אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
					דואר אלקטרוני

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

פרטי המועמד השני לביטוח			פרטי המועמד הראשון לביטוח		
שם פרטי	שם משפחה	מין	שם פרטי	שם משפחה	מין
ת.ז.	ת.ז.	מ.ז.	ת.ז.	ת.ז.	מ.ז.
טלפון	טלפון	נייד	טלפון	טלפון	נייד
קופת חולים	קופת חולים	מקצוע	קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
					דואר אלקטרוני

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

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, 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).

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

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

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

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

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

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותיי 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, פקסימליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שהסכמה זו הינה רשות ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

נא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

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

נספח ה': הרשאת שימוש פרטנית לשימוש באתר הר הביטוח (חובה למלא ולחתום)

<p><input type="radio"/> מועמד שני</p> <p><input type="radio"/> מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"</p> <p>1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז.: _____, מייפה כוחו/ה של חברת הביטוח/ סוכן הביטוח/ מנהל המכירות/ נציג מכירות _____ לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח¹. 2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה. ¹ הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: https://harb.cma.gov.il</p>		<p><input type="radio"/> מועמד ראשון</p> <p><input type="radio"/> מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"</p> <p>1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז.: _____, מייפה כוחו/ה של חברת הביטוח/ סוכן הביטוח/ מנהל המכירות/ נציג מכירות _____ לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח¹. 2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה. ¹ הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: https://harb.cma.gov.il</p>	
<p>X</p>		<p>X</p>	
<p>חתימת המועמד השני לביטוח</p>		<p>חתימת המועמד הראשון לביטוח</p>	
<p><input type="radio"/> המועמד לביטוח סירב למתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"</p> <p>אם לא ניתנה הרשאה לאתר "הר הביטוח" חובה לסמן אחת מהאפשרויות - המועמד לביטוח:</p> <p><input type="radio"/> מסר מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי באתר. <input type="radio"/> מסר מידע אחר (דו"ח שנתי אחרון, מידע מהאזור האישי באתר האינטרנט של החברות המבטחות) אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו. <input type="radio"/> סרב למסור מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו.</p>		<p><input type="radio"/> המועמד לביטוח סירב למתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח"</p> <p>אם לא ניתנה הרשאה לאתר "הר הביטוח" חובה לסמן אחת מהאפשרויות - המועמד לביטוח:</p> <p><input type="radio"/> מסר מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי באתר. <input type="radio"/> מסר מידע אחר (דו"ח שנתי אחרון, מידע מהאזור האישי באתר האינטרנט של החברות המבטחות) אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו. <input type="radio"/> סרב למסור מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו.</p>	
<p>אני _____ החתום מטה (שם מלא), מספר רישיון סוכן ביטוח/ ת.ז./ ח.פ. הגורם המשווק: _____, מתחייב: לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.</p>			
<p>X</p>			
<p>חתימת הסוכן/סוכנות</p>		<p>תאריך</p>	

שאלון ביטוחים קיימים	
<p>כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכיך, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:</p>	
<p><input type="radio"/> מועמד שני לביטוח</p>	<p><input type="radio"/> מועמד ראשון לביטוח</p>
<p>1. האם יש ברשותך פוליסה/ ות ביטוח הכוללת/ ות סכומי ביטוח למקרה מוות ("ריסק") ו/או לביטוח מפני אובדן כושר עבודה בחברת "הפניקס" או בכל חברת ביטוח אחרת. ב. אם כן, אנא פרט: סכום ביטוח למקרה ("ריסק")</p>	<p>1. האם יש ברשותך פוליסה/ ות ביטוח הכוללת/ ות סכומי ביטוח למקרה מוות ("ריסק") ו/או לביטוח מפני אובדן כושר עבודה בחברת "הפניקס" או בכל חברת ביטוח אחרת. ב. אם כן, אנא פרט: סכום ביטוח למקרה ("ריסק")</p>
<p>ש"ח _____</p>	<p>ש"ח _____</p>
<p>ש"ח _____</p>	<p>ש"ח _____</p>
<p>2. האם בכוונתך להקטין/ לבטל את סכומי הביטוח אם כן, שים לב כי על הסוכן לערוך לך השוואה בין הפוליסה/ ות הקיימת/ ות לבין הפוליסה המוצעת. אם ברצונך לבטל את הפוליסה/ ות הקיימת/ ות, עומדות בפניך שלוש אפשרות להגשת הבקשה לביטול:</p>	<p>2. האם בכוונתך להקטין/ לבטל את סכומי הביטוח אם כן, שים לב כי על הסוכן לערוך לך השוואה בין הפוליסה/ ות הקיימת/ ות לבין הפוליסה המוצעת. אם ברצונך לבטל את הפוליסה/ ות הקיימת/ ות, עומדות בפניך שלוש אפשרות להגשת הבקשה לביטול:</p>
<p>1. באמצעות סוכן הביטוח/ המשווק 2. באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" 3. על ידך</p>	<p>1. באמצעות סוכן הביטוח/ המשווק 2. באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" 3. על ידך</p>
<p>אם ברצונך לשלוח את הודעת הביטול באמצעות "הפניקס": אנא צרף טופס "הודעת ביטול" ("נספח ג") עבור כל פוליסה אותה הנך מעוניין לבטל. שים לב! "הודעת ביטול" ("נספח ג") תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת "הפניקס" בהתאם לטופס הצעה זה. אם ברשותך פוליסה דומה, ואינך מתכוון להקטין/ לבטל, אנא אשר כי ידוע לך: פוליסה זו נרכשת על ידי בנוסף לפוליסה קיימת בעלת כיוונו דומה וזאת בידיעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.</p>	
<p>X</p>	
<p>חתימת המועמד השני לביטוח</p>	
<p>X</p>	
<p>חתימת המועמד הראשון לביטוח</p>	
<p>תאריך</p>	

ביטוח יסודי
 ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510) סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח _____ ש"ח.

 ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (8510) במסלול הטבות risk well על פי מסלולי ההטבות בחברה. סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח _____ ש"ח.

 הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עליי מסלול הטבות risk well (הנחה של 30% או 20% מהפרמיה המלאה לשלוש שנים והנחה של 15% מהפרמיה המלאה לשלוש שנים נוספות) שסימנתי לעיל, ובמקרה זה הנני מסכים כי הפוליסה תופק עבורי חרף האמור לעיל, ואני מסכים לכך שההנחה שאקבל הינה בשיעור של 15% מהפרמיה המלאה לתקופה של 6 שנים.

 תוספת של 100% לסכום הביטוח למקרה פטירה כתוצאה מתאונה (909) – תעריף מוזל בהתאם למדיניות החברה (קודי הרחבה 42173-42170) מועמד ראשון מועמד שני.

ביטוחים נוספים

מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח	סוג הכיסוי
		<input type="radio"/> ריסק בפרמיה משתנה מידי שנה (6511) <input type="radio"/> ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (8511) במסלול הטבות risk well <input type="radio"/> הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עליי מסלול הטבות RiskWell (הנחה של 30% או 20% מהפרמיה המלאה לשלוש שנים והנחה של 15% מהפרמיה המלאה לשלוש שנים נוספות) שסימנתי לעיל, ובמקרה זה הנני מסכים כי הפוליסה תופק עבורי חרף האמור לעיל, ואני מסכים לכך שההנחה שאקבל הינה בשיעור של 15% מהפרמיה המלאה לתקופה של 6 שנים.
		<input type="radio"/> מוות מתאונה (909) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח למקרה פטירה. ככל שסכום הביטוח למקרה פטירה יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.
		<input type="radio"/> נכות מתאונה (5552) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.
		<input type="radio"/> מרפא לחיים* (7556) * סכום הביטוח יהיה עד 50% מסכום הביטוח למקרה פטירה (למעט מוות מתאונה) ולא יותר מ-600,000 ש"ח כיסוי מסוג מרפא למבוטח בחברה. ככל שסכום הביטוח היסודי (למקרה פטירה) יקטן, סכום הביטוח לכיסוי ביטוח זה יקטן בהתאמה ובהתאם לאמור לעיל.
		<input type="radio"/> נכות מקצועית (58) * 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) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח היסודי יקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.

ביטוח מפני אובדן כושר עבודה והרחבות לבחירה
 * ידוע לי על פי הוראות הרגולציה, חל איסור לבטח בכיסוי אובדן כושר עבודה רובד שכר המבוטח בקרן הפניסיה.

הכנסה _____ ש"ח אחוז כיסוי % _____ סה"כ _____ ש"ח שאינו מבוטח בקרן הפניסיה (סכום הפיצוי שיירכש יהיה שווה להכנסה X אחוז פיצוי)

שחרור מתשלום פרמיות בלבד	פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה
<input type="radio"/> שחרור מתשלום פרמיות בלבד * (8801) * כולל נכות חלקית	<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (8800) * כולל נכות חלקית <input type="radio"/> תקופת המתנה של 3 חודשים

חבילה בסיסית – הרחבות

<input type="radio"/> פרנצ'יז* (1) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה	<input type="radio"/> עיסוקית לעיסוק ספציפי* (2) * צווארון לבן בלבד	<input type="radio"/> ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי* (15) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד
--	--	--

הרחבות נוספות לבחירה באישור מיוחד בלבד (לא נדרש אישור בתעריף ספר)

<input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה <input type="radio"/> חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> פרנצ'יז על חודשיים המתנה* (11) * לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה	<input type="radio"/> הגדלת תגמולי הביטוח כתוצאה מגידול בשכר המבוטח* (גג חתם) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד
<input type="radio"/> תשלום נוסף במקרה של סיעוד* (10) * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד	<input type="radio"/> 20% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (13)
<input type="radio"/> הארכת תקופת הצמדת הפיצוי החודשי למדד* * לא ניתן לרכוש אם נרכש שחרור בלבד <input type="radio"/> 25% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (14)	<input type="radio"/> 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)

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:

- הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, ואינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
- אני פועל לביטול התוכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה ככל שההכנסה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
- ההכנסה המבוטחת בכיסוי אינה הכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה
- שיעור הכיסוי בהצעה זו ובתוכניות ביטוח קיימות, ככל שקיימות, לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.

X			
תאריך	שם הסוכן	מספר רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן

ביטוח מפני אובדן כושר עבודה והרחבות לבחירה (למבוטח שני)

* ידוע לי על פי הוראות הרגולציה, חל איסור לבטח בכיסוי אובדן כושר עבודה רובד שכר המבוטח בקרן הפנסיה.

הכנסה _____ ש"ח אחוז כיסוי % _____ סה"כ _____ ש"ח שאינו מבוטח בקרן הפנסיה (סכום הפיצוי שיירכש יהיה שווה להכנסה X אחוז פיצוי)

פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה	שחרור מתשלום פרמיות בלבד
<input type="radio"/> פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (8800) * כולל נכות חלקית <input type="radio"/> תקופת המתנה של 3 חודשים	<input type="radio"/> שחרור מתשלום פרמיות בלבד * (8801) * כולל נכות חלקית

חבילה בסיסית - הרחבות

- פרנצי'זה* (1) *לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה
- עיסוקית לעיסוק ספציפי* (2) *לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש מתנה
- ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי* (15) *לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש מתנה

הרחבות נוספות לבחירה באישור מיוחד בלבד (לא נדרש אישור בתעריף ספר)

קיצור תקופת המתנה	הגדלת תגמולי הביטוח כתוצאה מגידול בשכר המבוטח* (גג חתם)
<input type="radio"/> חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> פרנצי'זה על חודשיים המתנה* (11) *לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש המתנה	<input type="radio"/> 20% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (13) <input type="radio"/> 25% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים האחרונים (14)
הארכת תקופת הצמדת הפיצוי החודשי למדד* *לא ניתן לרכוש אם נרכש חודש מתנה <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 חודש מתנה <input type="radio"/> גידול של 1% בשנה (20) <input type="radio"/> גידול של 2% בשנה (21)

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:

- הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, ואינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
- אני פועל לביטול התוכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה ככל שההכנסה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
- ההכנסה המבוטחת בכיסוי אינה הכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה
- שיעור הכיסוי בהצעה זו ובתוכניות ביטוח קיימות, ככל שקיימות, לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.

X			
תאריך	שם הסוכן	מספר רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (חובה)			
שם המועמד לביטוח	ת.ז.		
<p>1. הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת לביטוח - 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 חיתום על בסיס הנתונים שמסרת, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.</p> <p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה - אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החדושיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החדושי המבוטח על ידי מבטחים אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החדושת בשנה האחרונה. נכות מתאונה - הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p> <p>3. הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט/או קווי תקשורת - אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעינות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.</p> <p>4. 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 לצירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד 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, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p> <p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.</p> <p>6. ידוע לי כל לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת, ומבלי שביטולה של התכנית יגרם לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד, על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p> <p>7. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת ו/או אחרת בסיס.</p> <p>8. לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה נקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.</p>			
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

אישור תנאי קבלה מיוחדים			
<p>אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבלות ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.</p>			
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

אישור המועמד/ים לביטוח (חובה)			
<p>הנני לאשר כי:</p> <p>1. בוצע לי, על ידי הסוכן, הליך של התאמת הביטוח לצרכי.</p> <p>2. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח עיקריים וגבולות האחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בפוליסה.</p> <p>3. במסגרת הליך ההתאמה פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה, בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת, מצאתי את ההצעה תואמת את צרכי (רלוונטי רק למועמד שיש ברשותו פוליסה קיימת).</p>			
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

אישור הסוכן (חובה)			
<p>אני הח"מ, סוכן הביטוח של הנ"ל מאשר ומצהיר בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו/ו כי הבין/ו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתן/ו את רשותו/ם לגבות תשלום הפרמיה על פי פרטי הגביה המופיעים לעיל.</p> <p>הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד/ים והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה המוצרים המפורטים בטופס הצעה זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח לעניין צירוף לביטוח, והצעת לי/ו להם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם לצרכי/הם.</p> <p>הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה, הוצגו בפני המועמד/ים לביטוח דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשות בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.</p>			
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן

מועמד ראשון				מועמד שני				<p>← הצהרת בריאות חיים+מרפא האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה? - תקף הצהרת הבריאות הינו 45 יום ממועד החתימה. מעבר ל-45 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה</p>
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשון: גובה _____ משקל _____ לנשים: האם הינך בהריון? מועמד שני: גובה _____ משקל _____ לנשים: האם הינך בהריון? האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם היית/נבדקת על ידי רופא ו/או התייעצת עם רופא בשנה האחרונה (למעט תאונה, ביקורי שגרה כגון: דלקות גרון, נזלת, שפעת)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ-3 שבועות? או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? אם כן - נא פרט מועמד ראשון: שם תרופה _____ מועמד שני: שם תרופה _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות (כולל למטרת ניתוח)? (יש לצרף דו"ח אישפוז אם קיים) מועמד ראשון: מועד _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____ מועמד שני: מועד _____ משך האשפוז _____ סוג ניתוח/סיבת אשפוז _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם נקבעה לך נכות ו/או הינך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? (יש למלא שאלון נוסף) אם כן - נא פרט מועמד ראשון: דרגת נכות % _____ מועמד שני: דרגת נכות % _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ב-5 השנים האחרונות (לרבות: ביופסיה, צינתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה)? (יש לצרף תוצאות הבדיקות) - אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: סוגי הבדיקה _____ תוצאות _____ מועמד שני: סוגי הבדיקה _____ תוצאות _____ האם עברת או הומלץ לך לעבור בחמש השנים האחרונות בדיקות כגון צילומי רנטגן, CT, MRI, אולטרה סאונד, אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (יש לצרף תוצאות הבדיקה) - אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: סוג הבדיקה _____ תוצאות _____ מועמד שני: סוג הבדיקה _____ תוצאות _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד ו/או השתלת איבר ב-10 השנים האחרונות? (יש לצרף תוצאות בדיקה) מועמד ראשון: פרטים _____ תאריך _____/_____/_____ מועמד שני: פרטים _____ תאריך _____/_____/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן, נא פרט: מועמד ראשון: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____ מועמד שני: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 האם הינך צורך יותר מ-14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? (יש למלא שאלון נוסף)
10 שאלון מחלות האם במהלך חיך אובחנו מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות?								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.1 מחלות לב וכלי דם לרבות: א. מחלת לב איסכמית, אנגינה פקטוריס, תעוקת חזה, כאבים בחזה, מחלת כלי דם קורונריים, התקף לב/אוטם שריר הלב, עברת צינתור או ניתוח מעקפים, הפרעות קצב, הפרעות במסתמי הלב, מום לב מולד, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב ב. האם הושטל בגופך קוצב לב או תומכן (סטנט) ג. יתר לחץ דם (בחמש השנים האחרונות), הפרעות בזרימת הדם בגפיים, DVT, פקקת ורידים קריש דם (טרומבוז), תסחיף, אייושה, מפרצת (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי), אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.3 מחלות מערכת העיכול לרבות: קרוהן, אולצרטיב קוליטיס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.4 מחלות במערכות ההפרשה פנימית, לרבות: סוכרת, טרום סוכרת-עלייה ברמת הסוכר בדם, עודף שומנים בדם, (יש למלא שאלון נוסף)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.5 מחלות כבד לרבות: הפרעה בתפקודי כבד, שחמת (צירוזיס), אי ספיקת כבד, הפטיטיס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.6 מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגיות: לרבות מהפרעה כלשהי במערכת שלד/ פרקים או מחלה ראומטולוגית כגון כאבי גב, בלט דיסק, פריצת דיסק, דלקת פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קרע שריר/ רצועה/ גיד/ מניסקוס, זאבת (לופוס, SLE), פיברומיאלגיה, FMF (דלקת ים תיכונית)

מועמד ראשון				מועמד שני				הצהרת בריאות חיים+מרפא - המשך
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.7	מחלות נשימה לרבות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאות כרונית חסימתית (COPD), ברונכיט כרונית, סיטיק פיברוזיס	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.8	מחלות כליות לרבות: אי ספיקת כליות, ציסטות בכליות, דם או חלבון בשתן, טיפול בדיאליזה	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.9	מחלות נפש לרבות: דיכאון, הפרעת דחק בטר חבלתית (פוסט טראומה, PTSD), הפרעה דו קוטבית, סכיזופרניה, פסיכוזה	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.10	מחלות מערכת החושים: לרבות עיוורון (מלא, חלקי), קטרקט, גלאוקומה, קרטוקונוס, הפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, ליקוי שיווי משקל. האם הינך בעל לקות ראייה של מעל 6/12 או מספר משקפיים (דיופטריה) מעל 6?	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.11	HIV: נשא HIV או חולה איידס	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.12	גידולים, מחלה ממארת (סרטן), לרבות: גידולים שפירים, גידולים ממארים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, סרטני עור לרבות: מלנומה (יש למלא שאלון נוסף)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.13	מחלות דם, פוליציטמיה, בעיות בטסיות, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA), אנמיה (מתחת לערך Hb 11)	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.14	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות), לרבות: לופוס-זאבת	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.15	מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, לרבות: הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.16	מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון, לרבות: מיומות, גידולים ברחם, ציסטות שחלתיות, שדיים פיברוציסטיים	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.17	הסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי? מועמד ראשון: קרבה _____ מחלה _____ מועמד שני: קרבה _____ מחלה _____	

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

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

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

טופס אמצעי תשלום

← תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

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

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

1 אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק

מבקשים 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 לבקשת/ינו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3 אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

X

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.

X

חתימת בעל/י החשבון

אישור הסוכן

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 סוכן/ת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.