



**שאלון ביטוחים קיימים ובחינת הצורך בהשוואת ביטוחים (מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח")**

 כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:  
 (מועמדים בגירים מגיל 18, בגין קטין - ההורה ימסור פרטים או הסכמות)

שם המועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
			X
			X
			X
			X

מייפה/ים את כוחה של הפניקס חברה לביטוח בע"מ/שם סוכן הביטוח \_\_\_\_\_ בהרשאת שימוש פרטנית לבצע חיפוש על שמי ו/או ילדיי הקטנים באתר האינטרנט של רשות שוק ההון, הביטוח והחסכון לאיתור מוצרי הביטוח (אתר הר הביטוח). ההרשאה תהא מוגבלת עד 5 ימי עבודה בלבד ממועד זה.

 אני \_\_\_\_\_ החתום מטה סמספר רישיון סוכן / ת.ז. / ס.ח.פ. גורם משווק: \_\_\_\_\_ מתחייב:  
 1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד. 2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הגורם המשווק: X \_\_\_\_\_

**המועמד/ים לביטוח (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות):**

מסר/ו	<input type="radio"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="radio"/> מידע מאתר "הר ביטוח" מעיין עצמאי באתר.	<input type="radio"/> מידע אחר אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו/ם.
סרב/ו	<input type="radio"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="radio"/> למסור מידע בדבר מוצרי הביטוח הקיימים ברשותו/תם.	

\*בשיווק יזום קיימת חובה, כחלק מהתאמת הצרכים, לעיין באתר "הר הביטוח" (באמצעות הרשאה ו/או עיין עצמאי מצד המועמד לביטוח) או לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים אצל המועמד לביטוח.

**מעיין באתר הר הביטוח ו/או מתשאול המועמד לביטוח נמצא כי למועמד לביטוח:**
 יש פוליסות בריאות רלוונטיות תקפות (במידה יש פרט מטה)  לא אותרו פוליסות ביטוח רלוונטיות.

פירוט (בסיס/נוספת/כתב שירות מסוג): \_\_\_\_\_ (בפוליסות פיצוי אנה פרט) בסכומי פיצוי ע"ס: \_\_\_\_\_

**אנא סמן את האפשרות הרלוונטית לגבי הפוליסה הקיימת:**

<input type="radio"/> להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת (בפוליסות פיצוי בלבד).	<input type="radio"/> להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי.	<input type="radio"/> להקטין את היקף הכיסוי / סכום הביטוח בפוליסה הקיימת.	<input type="radio"/> לבטל את הפוליסה הקיימת
תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זהה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות לפי סכומי הביטוח. דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספות והקיימת.		במידה ונקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, יכלול תהליך ההתאמה, לכל הפחות, השוואה בין ההחרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.	אופן הגשת הביטוח: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" <input type="radio"/> באופן עצמאי <b>לביטול באמצעות "הפניקס" או סוכן הביטוח - יש לצרף הודעת ביטול מלאה - נספח ג' (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה*.</b>

 מצורף להצעה:  מסמך השוואה בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת.

\* לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

**הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותיי 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 type="radio"/> לא מסכים <input type="radio"/> מסכים	X
נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים	חתימת בעל הפוליסה

<input checked="" type="checkbox"/> <b>הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות</b>		
הני 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). ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד)

<input checked="" type="checkbox"/> <b>אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח</b>		
ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X:		
<input type="radio"/> מועמד ראשי <input type="radio"/> מועמד שני <input type="radio"/> מועמד שלישי <input type="radio"/> מועמד רביעי <input type="radio"/> מועמד חמישי <input type="radio"/> מועמד שישי		
לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. תוכל לשנות את החלטתך בכל עת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il או באמצעות טלפון: 074-7311155.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד)

- יש לסמן V בתכנית/ שילובים נבחרים עבור כל מבוטח בנפרד.  
 - חובה לרכוש עבור כל מבוטח לפחות אחת מתכניות הבסיס במסגרת שילובים או כתכנית בודדת (ראה תכניות בסיס).  
 - תפעול: יש לרכוש בכל פוליסה ביטוח יסודי 9194 ועבור פוליסה עצמאית עבור ילדים בלבד (מבוטח עד גיל 20 כולל) - 9195.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>תכנית בסיס - הוצאות רפואיות (פרמיה משתנה)*</b>						
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שבן</b> (קוד 9017)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</b> קוד 9019 (אולם אם נרכשו בנוסף כיוסי הבסיס תרופות + השתלות - להפיק ניתוחים בקוד מיוחד 9018).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב</b> קוד 9743 (אולם אם נרכשו בנוסף כיוסי הבסיס ניתוחים בישראל / שב"ן - להפיק תרופות בקוד מיוחד 9744).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b> קוד 9723 (אולם אם נרכשו בנוסף כיוסי הבסיס ניתוחים בישראל / שב"ן ו/או תרופות - להפיק השתלות בקוד מיוחד 9722).

<input checked="" type="checkbox"/> <b>תוכניות נוספות - הוצאות רפואיות</b>						
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי	ניתוח להוספה על תכנית הבסיס או כתוספת לשילובים הנבחרים (פרמיה משתנה)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>אוגדן כיוסיים ושירותים אמבולטוריים:</b> פרק א': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>לסמן את הפרקים הנבחרים:</b> פרק ב': ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 2016 (9324)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	תרופות אקסטרה 2016 (9742)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שירות "אבחנה מהירה" (8985)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שירות "רופא מומחה בקליק" (8886)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שירות "לא לבד" (9004)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שירות "רופא אישי" (9987)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שירות "רפואה משלימה" (9342)

\* פרמיה משתנה - דמי הביטוח משתנים במהלך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח וצמודים למדד הפוליסה כמפורט בתנאי הפוליסה והגילוי הנאות. בכתבי שירות יתכנו שינויים בקבוצות גיל.

<b>← הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"</b>			
<p>○ (סמן ב-X) אני מצהיר בזאת כי הנני חבר במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.</p>			
<b>גילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"</b>			
<p>1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). (כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה דמי הביטוח בגין תכנית זונמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>3. ברות ביטוח - בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p>			
<b>← הצהרות - יחול על כל אחד מהמועמדים לביטוח</b>			
<p>אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <p>1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכל שלא נעשה כך, יכול ותהא לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.</p> <p>2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביני ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.</p> <p>4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.</p> <p>5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.</p> <p>6. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי הפניקס 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 התקשורת.</p> <p>7. ידוע לי כי לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית המבוטלת ומבלי שביטולה של התכנית יגרום 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, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.</p> <p>8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירת המועמד לביטוח, הרשאי לבחור בהם או לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת.</p> <p>9. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ אחרת בסיס.</p> <p>10. לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2020 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.</p> <p>11. אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.</p> <p>12. הריני לאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח. הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.</p> <p>13. <b>התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח:</b> הריני לאשר כי בוצע על ידי סוכן הביטוח שלי התאמת הביטוח המוצע לצרכי. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיות הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים, כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח. במידה והיו לי ביטוחים קיימים הרלוונטיים לביטוח המבוקש, הריני לאשר כי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש ונכח זאת מצאתי את הביטוח המבוקש תואם את צרכי. הריני לאשר כי נמסר בידי מסמך השוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש וכי ככל שמסמך השוואה הנו גם תלוי החיתום הרפואי במסגרת הביטוח המבוקש, ידוע לי כי עליו לקבל העתק גם מתנאים אלו כחלק מתהליך ההתאמה. אישור לתנאי החיתום לביטוח המבוקש, ככל שיאשרו על ידי, יהוו אישור להתאמת הביטוח לצרכי, לרבות תנאי הביטוח המבוקש למול ביטוחים רלוונטיים קיימים אחרים שברשותי.</p> <p>14. <b>ויתור על סודיות רפואית:</b> אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור להפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש ע"י הפניקס, 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 מרפואים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי הפניקס ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים בהפניקס ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
<b>שם+חותמת עד שהינו סוכן ביטוח:</b>			
X	X	X	
(מועמד)	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת המועמד הראשון לביטוח	תאריך



שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
---------	----------	------	-------------------	-------------

**הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום ת.ז של מורשה חתימה**

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	מס' ת.ז.
שם רחוב (כתובת)				
מספר בית				
יישוב				
מיקוד				
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצגה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.				
תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם		

**הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)**
**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	מס' כרטיס האשראי תוקף חתימת בעל הכרטיס
שם פרטי של בעל הכרטיס שם משפחה של בעל הכרטיס מס' ת.ז. חתימת בעל הכרטיס	הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסויים נוספים בלבד.

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש 1 לחודש ● 10 לחודש\* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)**

\*לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה 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.

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
	6 1 1			
סניף ("הבנק")	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.**

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")	<b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/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). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
2		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 יעשה 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 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 רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מייד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3		<b>פרטי ההרשאה</b> סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שהיו 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. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	תאריך	חתימת הבנק
	חתימת בעל החשבון	

**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 בפניי.	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך שם הסוכן/הסוכנת מס' הסוכן/הסוכנת חתימה + חותמת סוכנות	חתימת בעל החשבון

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