

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| חומת תאריך קבלה בחברה | תאריך מבוקש לתחילת הביטוח | קוד מסמך: 2790 | הצעה לביטוח בריאות |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|

| | | | | | |
|-------------------|------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| פרטי הסוכן | | | | | |
| שם הסוכן | מס' הסוכן | שם המפקח | מנהל המכירות/ המנהל העסקי | מס' צוות | מס' הצעה |

| | | | | | |
|---|-----------------|-------------|------------|-------------------|--|
| פרטי בעל הפוליסה - במקרה של רכישת ביטוח עבור קטינים בלבד (חובה למלא פרטים מטה) | | | | | |
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מין | תאריך לידה | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | |
| אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן: | | | | | | |
| | מועמד ראשון | מועמד שני | מועמד שלישי | מועמד רביעי | מועמד חמישי | מועמד שישי |
| שם משפחה | | | | | | |
| שם פרטי | | | | | | |
| ת.ז. | | | | | | |
| מין | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה |
| מ.משפחתי | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א | <input type="radio"/> א <input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> א |
| ת.לידה | | | | | | |
| קופ"ח | | | | | | |
| שב"ן (ביטוח משלים) | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן |
| עיסוק | | | | | | |
| תחביבים מסוכנים** | | | | | | |
| טלפון נייד | | | | | | |
| דואר אלקטרוני (e-mail) | | | | | | |
| חובה למלא עבור כל מועמד בגיר* | אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן) | <input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל | <input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל | <input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל | <input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל | <input type="radio"/> e-mail <input type="radio"/> דואר ישראל |
| | אפשרות אחת בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף | | | | | |
| | רחוב | | | | | |
| | מספר בית | | | | | |
| | שוב | | | | | |
| | מיקוד | | | | | |

*** פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר**

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל). בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| תאריך | | | | | | |
| חתימה | | | | | | |

** תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, טייס, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות, נא למלא שאלון בהתאם.

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)

| 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 והחיסכון לאיתור מוצרי הביטוח (אתר הר הביטוח). ההרשאה תהא מוגבלת עד 5 ימי עבודה בלבד ממועד זה.

אני _____ החתום מטה מסמך 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: _____ חתימת הגורם המשווק: X _____

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

| | | | |
|-------|---|---|---|
| מסר/ו | <input type="checkbox"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח" | <input type="checkbox"/> מידע מאתר "הר הביטוח" מעין עצמאי באתר. | <input type="checkbox"/> מידע אחר אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/ם. |
| סרב/ו | <input type="checkbox"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח" | <input type="checkbox"/> למסור מידע בדבר מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/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.

מעין באתר הר הביטוח ו/או מתשאל 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:

| | | | |
|--|---|---|--|
| להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת (בפוליסות פיצוי בלבד). | <input type="checkbox"/> להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי. | <input type="checkbox"/> להקטין את היקף הכיסוי / סכום הביטוח בפוליסה הקיימת. | <input type="checkbox"/> 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 החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית. | אופן הגשת הביטוח: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" <input type="checkbox"/> באופן עצמאי 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*. |
| מצורף להצעה: <input type="checkbox"/> 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

הני 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.

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | בעל הפוליסה נא סמן את בחירתך: <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים |
| חתימת בעל הפוליסה | |

| חבילות | ילדודס | יאנגז | חיים בשיא | משפחה פלוס | צעירים לנצח |
|--|--|---|--|--|---|
| תוכניות ביטוח בריאות ○ ביטוח באמצעות נותן שירות שבהסכם לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9018) ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ ביטוח להוצאות רפואיות ונלוות לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) ○ כתב שירות "רפואה משלימה" (9342) | ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ ביטוח להוצאות רפואיות ונלוות לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324) ○ אגודן כיסויים ושירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה בישראל פרק א' (9986) ○ אגודן כיסויים ושירותים אמבולטוריים כיסוי לילדים לייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד פרק ב' (8329) ○ כתב שירות "אבחנה מהירה" לשירותי אבחון מהיר (8985) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) | ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) ○ כתב שירות "אבחנה מהירה" לשירותי אבחון מהיר (8985) | ○ ביטוח באמצעות נותן שירות שבהסכם לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9018) ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ ביטוח להוצאות רפואיות ונלוות לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) | ○ ביטוח באמצעות נותן שירות שבהסכם לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9018) ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ ביטוח להוצאות רפואיות ונלוות לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) | ○ ביטוח באמצעות נותן שירות שבהסכם לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9018) ○ ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722) ○ ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב (9744) ○ ביטוח להוצאות רפואיות ונלוות לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324) ○ תרופות אקסטרה 2016 (9742) ○ כתב שירות "רפואה משלימה" (9342) |
| מועמד ראשון | | | ○ | ○ | ○ |
| מועמד שני | | | ○ | ○ | ○ |
| ילד ראשון | ○ | ○ | | | |
| ילד שני | ○ | ○ | | | |
| ילד שלישי | ○ | ○ | | | |
| ילד רביעי | ○ | ○ | | | |

- * תוכניות הביטוח המפורטות בחבילות הינן בפרמיה משתנה.
- * ניתן לבחור כל הרכב תוכניות בסיס ו/או נוספת, כאשר תכנית נוספת תלויה בקיומה של לפחות תוכנית בסיס אחת.
- * ההנחה תחול על כיסוי החבילה וגם על כיסויי בריאות שאינם חלק מהחבילה וירכשו בנוסף (למעט מרפא)

| - יש לסמן V בתכנית/ שילובים נבחרים עבור כל מבטח בנפרד. - חובה לרכוש עבור כל מבטח לפחות אחת מתכניות הבסיס במסגרת שילובים או תכנית בודדת (ראה תכניות בסיס). - תפעול: יש לרכוש בכל פוליסה ביטוח יסודי 9194 ועבור פוליסה עצמאית עבור ילדים בלבד (מבטח עד גיל 20 כולל) - 9195. | | | | | | |
|---|-----------|-------------|-------------|-------------|------------|--|
| ← תכנית בסיס - הוצאות רפואיות (פרמיה משתנה) | | | | | | |
| מועמד ראשון | מועמד שני | מועמד שלישי | מועמד רביעי | מועמד חמישי | מועמד שישי | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שבן (קוד 9017) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מודד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- ניתוחים משתלם פלוס (קוד 9020) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל קוד 9019 (אולם אם נרכש בנוסף כיסויי הבסיס תרופות + השתלות - להפיק ניתוחים בקוד מיוחד 9018). |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות- סל זהב קוד 9743 (אולם אם נרכש בנוסף כיסויי הבסיס ניתוחים בישראל / שב"ן - להפיק תרופות בקוד מיוחד 9744). |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל קוד 9723 (אולם אם נרכש בנוסף כיסויי הבסיס ניתוחים בישראל / שב"ן ו/או תרופות - להפיק השתלות בקוד מיוחד 9722). |

| תכניות נוספות - הוצאות רפואיות | | | | | | ניתנות להוספה על תכנית הבסיס או כתוספת לשילובים הנבחרים (פרמיה משתנה)* |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| מועמד שיש | מועמד חמישי | מועמד רביעי | מועמד שלישי | מועמד שני | מועמד ראשון | |
| <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"/> | אוגדן כיסויים ושירותים אמבולטוריים: 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"/> | 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"/> | תרופות אקסטרה 2016 (9742) למבוטחי "סל הזהב" |
| <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 בין קבוצות גיל.

| הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן | |
|--|---|
| <input type="radio"/> | (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. |
| גילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן | |
| <input type="radio"/> | 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. |
| <input type="radio"/> | 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 זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). |
| <input type="radio"/> | 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. |

| מחלות קשות (פרמיה משתנה) | |
|---|--|
| <input type="radio"/> | - יש לסמן V בתכנית/ שילובים נבחרים הנבחרת עבור כל מבוטח בנפרד ולבחור את סה"כ סכום הביטוח המבוקש עבור כל מבוטח בנפרד. |
| <input type="radio"/> | - סה"כ סכום ביטוח מקסי' לרכישה עבור מבוטח בגין כל המסלולים במצטבר הינו עד: 600,000 ש"ח למבוגר וילד. |
| <input type="radio"/> | - סכום מינימלי 50,000 ש"ח. |
| תכניות בסיס - מחלות קשות | |
| <input type="radio"/> | מרפא (גיל כניסה לביטוח 0-64) (קוד 8542 ראשי, 8543 משני, 8544 ילד) סכום ביטוח: |
| <input type="radio"/> | מרפא סרטן (גיל כניסה לביטוח 0-64) (קוד 9831) סכום ביטוח: |
| תפעול: יש לצרף קוד יסודי 9194 ועבור פוליסה עצמאית עבור ילדים בלבד (מבוטח עד גיל 20) - 9195. | |

| תאונות אישיות (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה) | |
|---|--|
| <input type="radio"/> | (8829) כיסוי תאונות אישיות למועמד ראשון לביטוח בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 500,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8822) כיסוי תאונות אישיות למועמד שני לביטוח בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 500,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8822) כיסוי תאונות אישיות _____ בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8822) כיסוי תאונות אישיות _____ בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8822) כיסוי תאונות אישיות _____ בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8822) כיסוי תאונות אישיות _____ בפוליסת ההורים בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח) |
| <input type="radio"/> | (8823) כיסוי תאונות אישיות למועמד מתחת לגיל 18 בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: _____ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח) |

| ביטוח תאונות אישיות - ביטול חריגים | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| מועמד ראשון | | מועמד שני | | מועמד שלישי | | מועמד רביעי | | מועמד חמישי | | מועמד שישי | |
| לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| במידה והינך משתמש ברכב דו גלגלי ממנוע, האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג דו גלגלי ממנוע? *טכני: קוד הרחבה 305 | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| במידה והנך עוסק/ת בספורט אתגרי, האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג ספורט אתגרי? *טכני: קוד הרחבה 306 | | | | | | | | | | | |
| *לרכישת שני החריגים יחד יש לקלוט קוד הרחבה 307 | | | | | | | | | | | |
| הרחבות לפוליסת תאונות אישיות (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה) | | | | | | | | | | | |
| (3822) הרחבה לתאונות אישיות <input type="radio"/> מועמד ראשון <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 | | | | | | | | | | | |
| (6987) כתב שירות "ספורטיבי" <input type="radio"/> מועמד ראשון <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 | | | | | | | | | | | |
| פיצוי שבועי בגין נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה (אופציונאלי למועמדים בגילאים 60-21) (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה) | | | | | | | | | | | |
| ש"ח (לא יותר מ- 1,000 ש"ח לשבוע). ב.0 _____ | | | | | | <input type="radio"/> (8724) - מסלול 52 שב' | | | מועמד ראשון | | |
| | | | | | | <input type="radio"/> (8728) - מסלול 104 שב' | | | | | |
| ש"ח (לא יותר מ- 1,000 ש"ח לשבוע). ב.0 _____ | | | | | | <input type="radio"/> (8724) - מסלול 52 שב' | | | מועמד שני | | |
| | | | | | | <input type="radio"/> (8728) - מסלול 104 שב' | | | | | |

| <p>הצהרת בריאות מלאה (כל מועמד לביטוח מעל גיל 18 - ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)</p> <p>במקרים בהם המועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.</p> <p>תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה. מעבר ל-60 יום - נדרשת הצהרת בריאות חדשה (בהתאם להסכם עם הסוכן).</p> <p>בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף.</p> <p>במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.</p> | | | | | | | | | | | |
|---|---------|-----------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|------------|---------|
| מועמד ראשון | | מועמד שני | | מועמד שלישי | | מועמד רביעי | | מועמד חמישי | | מועמד שישי | |
| כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |
| <p>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:</p> | | | | | | | | | | | |
| גובה | | ק"ג | | ק"ג | | ק"ג | | ק"ג | | ק"ג | |
| ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ | ___ ס"מ |
| <p>האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? לילדים עד גיל 16 (במקום פרטי גובה ומשקל) האם הייתה התייעצות עם רופא ו/או אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם הנך נוטל תרופות שגרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הינך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו? א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>כמות ליום: מספר שנים: מועד הפסקת עישון:</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>ב. אם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון לילדים מגיל 16 בלבד</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם הנך צורך משקאות חריפים בכמות מעל 750 מ"ל משקה אלכוהולי לשבוע (בקבוק יין או משקה כהלי אחר) ו/או מעל 7 פחיות / בקבוקי / כוסות בירה לשבוע? השאלה לבוגרים מגיל 18 בלבד</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.1 מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר שנים האחרונות), מומי לב מולדים.</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז? אוטיזם, תסמונת דאון, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (בחמש השנים האחרונות), מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.3 מחלות מערכת העיכול, וסט, תריטריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירוואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטיות?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/נחירות)? סטיות במחיצת האף?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.7 מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ ראוטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.10 מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה, BCC?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.11 מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם (קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA)?</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8.12 מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?</p> | | | | | | | | | | | |

| הצהרת בריאות מלאה - המשך | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| מועמד ראשון | | מועמד שני | | מועמד שלישי | | מועמד רביעי | | מועמד חמישי | | מועמד שישי | | |
| כן | לא | כן | לא | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.14 מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון? ילידים עד גיל 16: אשך טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? לנערות מעל גיל 12: הפרעות מחזור, בעיות פריון, קונדילומה? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.16 בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 למיטב ידיעתך , האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות) שהינם שאובחנו עם מחלת לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55? (נא לציין קירבה ומחלה) |
| בנוסף לשאלות לעיל: ילידים (עד גיל 18): | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילידים עד גיל 3 - האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. |

אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים. בנוסף, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

| רשימת שאלוני המשך בשאלות ובליקויים הבאים יש למלא שאלון המשך | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4-נכויות/פציעות, 7- שאלון עישון/סמים ושתייה, 9.1-מחלות לב ויתר לחץ דם, 9.3-דרכי העיכול, 9.4-סוכרת, 9.7-גב, עמוד השדרה, פרקים, ארטריטיס, ראומטיזם, 9.7- בריחת סידן-יש להמציא בדיקת צפיפות עצמות אחרונה 9.8-דרכי הנשימה, 9.10-גידולים, מחלות ממאירות-סרטן, לוקמיה. | | | | | | | | | | | |

| הצהרת בריאות לתאונות אישיות/פיצויי שבועי מתאונה | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| עבור פיצויי שבועי מתאונה ומחלה יש למלא הצהרת בריאות מלאה בנוסף. | | | | | | | | | | | | |
| - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח. | | | | | | | | | | | | |
| מועמד ראשון | | מועמד שני | | מועמד שלישי | | מועמד רביעי | | מועמד חמישי | | מועמד שישי | | |
| כן | לא | כן | לא | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 האם את/ה סובלת/מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס, אוסטאופניה)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 הנך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 יש לך נכות קיימת (לרבות ממחלה, כגון אך לא רק: מחלת לב, סוכרת), קבועה או זמנית ו/או האם הינך (או היית בעבר) בתהליכי תביעה בנושא רפואי או פציעה, כנגד גורם כלשהו, בחמש השנים האחרונות (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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 האם הוגשה בשלוש השנים האחרונות ו/או נידונה כיום ו/או בדעתך להגיש תביעה בנושא תאונות ו/או נכות ו/או אובדן כושר עבודה, לגורם כלשהו, לרבות חברות ביטוח, ביטוח לאומי וכדומה? (אם התשובה חיובית - נא פרט). |
| הצהרה נוספת עבור פיצויי שבועי מתאונה | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן, פרט/: |

| | | | | |
|---------|----------|------|-------------------|-------------|
| 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 | 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 |
| מס' כרטיס האשראי | תוקף |
| 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* (מסמך 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 |
| סניף | קוד מוסד (המוטב) | שם המוסד (המוטב) | אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) | 6 1 1 |

○ 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") |
| 2 | שם בעל/י 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). 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 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 להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. |
| 3 | 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 שהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יחזרו 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. |
| | 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. | תאריך _____ שם הסוכן/הסוכנת _____ מס' הסוכן/הסוכנת _____ חתימה + חותמת סוכנות _____ |
|---|---|

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