


**קוד מסמך 706**
**בקשה לצירוף תינוק לפוליסת בריאות**

פרטי סוכן/יועץ			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מנהל עיסקי	מס' פוליסה

מבוטחים קיימים בפניקס בעלי נספח תנאים כלליים החל משנת 2014 (5194/6194/6195) או בעלי כיסוי "מחלקה ראשונה" (נספח 1962) או בעלי נספח תנאים כלליים משנת 2016 ולאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים (נספח 5400/5420) זכאים לצרף לפוליסת בריאות תינוק תוך 60 יום ממועד הלידה - ללא הצהרת בריאות וללא דוח אפגור. מובהר כי תינוק רשאי להצטרף לכיסויים זהים המשווקים כיום בחברה התקפים בפוליסת ההורה המבטח.

**פרטי המועמדים לביטוח**  
 אני/אנו החתומים מטה, מעומדים לבעלות על הפוליסה ומשמש/ים כאפטרופוס טבעי של הילדים ששמותיהם מפורטים מטה פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס") בהצעה לצרפם לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	תעודת זהות	מין	שב"ן	תאריך לידה
בעל פוליסה/ הורה ראשון							
הורה שני							
תינוק 1							
תינוק 2							

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
בעל פוליסה					

\* בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף

ככל שלא תבחר את 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).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - 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 הזדעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות \*3455.

**הוצאות רפואיות - (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות) חובה לרכוש עבור כל מבוטח תכנית בסיס אחת**

יש לסמן X בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מועמד בנפרד.	סוג תכנית	גילאי כניסה	תינוק 1	תינוק 2
	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	0-20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציין בטבלה שלהלן: ההנחה הינה למצטרפים חדשים בלבד ובכפוף לאישור החברה.							
תכנית ביטוח	שנה א'	שנה ב'	שנה ג'	שנה ד'	שנה ה'	שנה ו'	קוד הנחה (ככל שידוע)
							אחר

**הליך התאמת צרכים**  
 הרני לאשר כי: (אנא סמן)

בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו יקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי, כי תבוצע עבורי השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת, אותה אדרש לאשר טרם הצטרפתי לביטוח.

נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.

נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים		
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
להותיר את הפוליסה ללא שינוי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
לבטל את הפוליסה הקיימת**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח** <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"*** <input type="radio"/> באופן עצמאי		
** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. 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 ביניה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.		
<b>X</b>		
חתימת בעל הפוליסה		

**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 ו/או חברות הקבוצה 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.

<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

**הצהרות המועמד לביטוח**

**הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן**

**ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:**  
 ידוע לי שחברתי במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם על ההצהרה בשמם כאפוטרופוסית טבעית..

**גילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן**

א. 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).

ב. 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).

ג. 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 הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**הצהרות המועמד לביטוח - המשך**

**ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל הוא מצהיר כדלקמן:**  
 הוסבר לי על הפוליסה הבסיסית אינה כוללת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר, מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. הוצע לי תחילה לרכוש כיסוי משלים שב", הוצע לי לרכוש אפשרות של פוליסה שקל ראשון.

**נילוי נאות בעת רכישת פוליסת ניתוחים "מהשקל הראשון" (ניתוחים ייעוציים וטיפוליים מחליפי ניתוח בישראל):**  
 בהמשך לחוק ההסדרים - באוקטובר 2023 תיכנס לתוקף רפורמה בתחום הניתוחים במסגרתה נקבע, בין היתר, כי במועד החידוש הקרוב של הפוליסה, ביום הראשון ביוני 2024, תעבור באופן אוטומטי לכיסוי משלים שב", אלא אם תודיע לחברה באופן אקטיבי שאינך מעוניין בהעברה וזאת במשך שנה מיום ההעברה. ככל ותבחר להישאר בכיסוי "מהשקל הראשון", החזרה תהיה ללא פגיעה ברצף הביטוחי.

כמו כן, עליך לדעת כי במועד החידוש הקרוב של הפוליסה "מהשקל הראשון" ביום הראשון ביוני 2024, הפרמיה צפויה להתייקר וגובה הפרמיה העתידי עדיין אינו ידוע.  
 ההשלכות הביטוחיות של המעבר לכיסוי משלים שב"ן מפורטות ב"גילוי נאות לגבי המוצר משלים שב"ן" המופיע בטופס.

**הצהרות נוספות**

- אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
  - כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכלל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
  - התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
  - 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.
  - הצהרה זו, תחול גם על הילדים שמומתיים נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
  - ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/בסיס אחרת. ידוע לי שכלל שביקשתי במסגרת טופס ההצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יונהג בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרור לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש יחד. על אף האמור לעיל, ככל שישוקק לי תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שגולו לתכנית הבסיס.
  - לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות: תקופת הביטוח הינה נקובת בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה נעשה ביום 1.6.2022 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע על" הפניקס במועד החידוש.
  - יתור על סודיות רפואית: 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 / או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש על" הפניקס", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי 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 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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
  - ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, ידוע לי ואני מאשר כי במקום בו אי אפשר לצרף את כל המועמדים לביטוח שכן, חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד השלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
  - העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר** - ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל"הר הביטוח".

**עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין**

- רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.
- פרטי מוטבים** - ניתן לנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
- הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותיי ושמיש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת 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 O לא מסכים

**בחתימתי על טופס זה אני מעניק הסכמה לרכישת כל אחת מתכניות הביטוח אותן סימנתי.**

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

**אישור הסוכן**

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הנביה המופיעים לעיל.  
**הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:** אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביצעתי למועמדים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעת לו ובמקרה בו היו לו לביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונזכר זאת הצעתי לו את הביטוח המוצע התואם לצרכיו. במקרה בו יקבעו למועמד לביטוח חחרות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי עלי לבצע גם השוואה בין ההחלטות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת ולקבל את אישורו טרם הצטרפותו לביטוח.

**הריני לאשר כי:**

- מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.
- מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים ובבולותיהם.
- ככל שמדובר במועמד לביטוח שמלאו לו 67 ומעלה, הריני לאשר כי עברתי הכשרה למתן שירות לאזרחים ותיקים בהתאם להוראות חוזר הצירוף.
- הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום** - אני מאשר בזה כי במועד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.
- ההקלטה התבצעה במערכת ההקלטה במשרד הסוכן.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת הסוכן	ת.ז.	שם הסוכן	תאריך

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
<b>הצהרת משלם חריג</b>				
שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	<input type="radio"/> ת.ז. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	ישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים 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)**

<b>תשלום באמצעות כרטיס אשראי</b>				
<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר				
תאריך				
<b>X</b>	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 וכיסיים 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.

				<b>בנק</b>	
בנק	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון		
			<b>611</b>		
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / _____.			<b>סניף</b>		
<input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / _____.			<b>הבנק</b>		
<b>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</b>					

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") <b>שם בעלי 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). 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/ינו 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 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, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. <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 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. 3 אני/אנו מסכימים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><b>X</b></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>תאריך</td> <td>חתימת הבנק</td> <td>חתימת בעל החשבון</td> </tr> </table>		<b>X</b>		תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון
	<b>X</b>						
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון					