


קוד מסמך 2790
הצעה לביטוח בריאות, מחלות קשות וביטוח חיים

פרטי הסוכן			
תאריך מבוקש לתחילת הביטוח			
* יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שצוין בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מנהל עיסקי	מס' הצעה

פרטי המועמדים לביטוח								
אני/אנו החתומים מטה, מעומדים לבעלות על הפוליסה ו/או המעומדים לביטוח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן "הפניקס") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:								
שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	עיסוק	תעודת זהות	מין	מצב משפחתי	שב"ן	תאריך לידה
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	מועמד ראשון/ בעל פוליסה
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	מועמד שני
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד ראשון
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד שני
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד שלישי
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> ג <input type="radio"/> כ	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד רביעי

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בניר (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
מועמד ראשון/ בעל פוליסה			דואר אלקטרוני	דיווח (סמן אפשרות אחרת)**
מועמד שני			דואר אלקטרוני	
ילד בוגר- שם: _____			דואר אלקטרוני	

** בכל אחת מהאפשרויות יישלח 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 בנירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבנירים 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.

הליך התאמת צרכים						
הרני לאשר כי: (אנא סמן)						
<input type="radio"/> 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 צרכיי. 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.						
<input type="radio"/> נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.						
<input type="radio"/> נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים ונבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.						
שאלון בטוחים קיימים						
מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה
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 <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"/>	<input type="radio"/>	
להותיר את הפוליסה ללא שינוי*						
להקטין פוליסה סכום ביטוח בפוליסת פיצוי**						
לבטל את הפוליסה הקיימת**						
במידה ומעוניינים לבטל- אופן הגשת הביטול						
<input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח** <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"*** <input type="radio"/> באופן עצמאי						
ביטול תקופת אכשרה - רלוונטי בעת ביטול פוליסה בריאות פרטית בחברה אחרת ורכישת פוליסה בריאות בהפניקס						
<input type="radio"/> ידוע לי כי בעת ביטול פוליסה פרטית בחברה אחרת ורכישת פוליסה חדשה בהפניקס, תחול תקופת האכשרה הקבועה בתנאים הכלליים ו/או בתנאי הפוליסה עבור כיסויים וסכומי ביטוח שאינם חופפים בין הפוליסה המבוטלת לפוליסה החדשה בהפניקס וכן על כיסויים וסכומי ביטוח נוספים שלא היו קיימים בפוליסה המבוטלת. כמו כן, ידוע לי כי בכל מקרה תחול תקופת אכשרה בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון ולידה.						
<input type="radio"/> ידוע לי, כי בעת הגשת תביעה לתגמולי ביטוח אדרש להציג מסמכים בדבר הפוליסה שבוטלה (לפחות דף פרטי ביטוח) וכי אם לא אעשה כן, תחול עליי תקופת אכשרה מלאה.						
<input type="radio"/> כמו כן, ידוע לי כי ביטול תקופת האכשרה יחול רק על מעבר מפוליסה פרטית ולא על מעבר מפוליסה בריאות קבוצתית וכי אין שינוי בהוראות חריג "מצב רפואי קודם" והן תחולנה בהתאם להוראות הפוליסה החדשה.						
* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (נמחלות קשות וביטוח חיים "ריסק") - תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של ביטוח זה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספת והקיימת.						
**יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), בלעדית 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 נגבים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.						
		X		X		X
חתימת המועמד הראשי		חתימת המועמד השני		חתימת ילד בוגר _____		

ברכישת תכנית מוות למקרה פטירה חובה למלא את הפרטים הבאים:

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	
לא <input type="radio"/> כן, _____ (יש למלא שאלון תחביבים)	לא <input type="radio"/> כן, _____ (יש למלא שאלון תחביבים)	האם יש לך תחביב או אורח חיים עם סיכון מיוחד, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר הפניקס
לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים	לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים	האם אתה בעל רשיון טיים / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?

ביטוח יסודי - ריסק למקרה מוות (יוקם בפוליסה נפרדת)		
מועמד ראשון	מועמד שני	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510)
ש"ח _____	ש"ח _____	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (8510) במסלול הטבות Risk well על פי מסלולי הטבות בחברה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	הנני מאשר בזאת כי ככל ולא אתקבל לביטוח ב"תנאי חיתום רגילים" (ללא תוספות פרמיה), ידוע לי כי לא יחול עלי מסלול הטבות Risk well 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.

הכנסה למשפחה בפרמיה משתנה						
הכנסה למשפחה יסודי (9345)						
סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה מטה, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח.						
פרטי המוטבים לכיסוי				פרטי הכיסוי הביטוחי		
(במידה ולא ימולאו פרטי המוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)						
מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח	קרה למבוטח

ביטוחים נוספים – שחרור מתשלום פרמיות		
שחרור מתשלום פרמיות באובדן כושר עבודה עם הרחבות לבחירה (8851)		
3 חודשי המתנה כולל נכות חלקית		
הרחבות לבחירה		
מועמד ראשון	מועמד שני	קיצור תקופת המתנה
		פרנציזה (1)
		*לא ניתן לרכוש עם חודש המתנה
		עיסוקית לעיסוק ספציפי (2)
		*צווארן לבן בלבד

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	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9018/9019)	בסיס	70-0						
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	נוספת	70-0						
תרופות שאינן בסל הבריאות - סל הזהב (9744/9743)	בסיס	70-0						
תרופות אקסטרה 2016 (לבעלי כיסוי סל הזהב בלבד) (9742)	נוספת	70-0						
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9722/9723)	בסיס	70-0						
שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	נוספת	70-0						
ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)	נוספת	20-0						
כתב שירות אבחנה מהירה (8985)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות רופא אישי (9987)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות לא לבד (9004)	נוספת	ללא הגבלה						
כתב שירות רפואה משלימה (9342)	נוספת	ללא הגבלה						
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משתלם פלוס (9020)	בסיס	70-0						
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן (9017)	בסיס	70-0						

מחלות קשות (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות) סכום ביטוח מינימלי 50,000 ש"ח מקסימלי 600,000 ש"ח במצטבר במסלולי מחלות קשות								
יש לציין סכום ביטוח המבוקש עבור כל מועמד לביטוח בנפרד	סוג תכנית	גילאי כניסה	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
מרפא (8542, 8543)	בסיס	64-0						
מרפא סרטן (9831)	בסיס	64-0						

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)												
מועמד 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.												
במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.												
תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.												
1. פרטים כלליים												
שם המועמד לביטוח												
למילוי מגיל 16												
גובה (בס"מ)												
משקל												
2. שאלון מבוא כללי												
לא	כן	לא	כן	לא	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה?												
נא ציין כמות סיגריות ליום												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.2 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/ אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך 2.1-2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3.1 סרטן												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3.2 סכרת סוג 1												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3.3 סכרת סוג 2												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון												
<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"/>	<input type="radio"/>
2.3.5 לב												
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? (9)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.2 מערכת העצבים והמוח 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, סחרחורות, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בנפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.3 מחלות מערכת העיכול לרבות, וטט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? (6)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלב-פנקריאס, בבולטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? (1)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטרויות?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון לרבות, דום נשימה?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד לרבות, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? (2)*(3)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? (4)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות לרבות, דרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.10 מחלה ממארת (סרטן) לרבות, גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? (7)*												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.11 מחלות מערכת הדם לרבות, הפרעות בקרישת הדם כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.12 מחלות ותופעות בעור לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימונית) לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות, נשאות נגיף האיידס HIV?												
<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"/>	<input type="radio"/>
3.14 מחלות נפש לרבות, מחלת נפש ו/או בעיה נפשית שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? (8)*												

המשך הצהרת בריאות													
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		
<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"/>	3.15 למילוי מגיל 18	מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון?
<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"/>		
<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"/>	3.16	בקע/הרניה לרבות, 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"/>	3.17	ילדים עד גיל-3 אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. ילדים זכרים עד גיל-18 אם קיימת אבחנה לאשך טמיר?
4. שאלות נוספות													
<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"/>	4.1	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש 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"/>	4.2	האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות, ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר בעשר שנים 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"/>	4.3	האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים 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"/>	4.4	האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה?

(*) - בעת מתן מענה חיובי, נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר המצוין בסוגריים.
בנוסף, בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה / מחלה / בדיקה מועד התחלה/ סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/ לא, סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

חתימות

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

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

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הגני 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 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 ניד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

X	X	X
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 שחברותי 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 כאפוסטרופוסית טבעית..

נילוי 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 הפרש 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 הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל הוא מצהיר כדילקמן:

הוסבר לי כי 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"ן, הוצע לי לרכוש אפשרות של פוליסה שקל ראשון.

נילוי נאות בעת רכישת פוליסת ניתוחים "מהשקל הראשון" (ניתוחים ייעוציים וטיפולים 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"ן, 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, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל 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 ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוסטרופוס טבעי.
- ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/בסיס אחרת. ידוע לי שככל שביקשתי במסגרת טופס ההצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש יחד. 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 עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות: תקופת הביטוח הינה כנקוב 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 ע"י הפניקס במועד החידוש.

הצהרות נוספות - המשך

8. ויתור 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 ו/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 ע"י 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.
9. ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם 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.
10. **העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר** – ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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 קטינים 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.
11. **פרטי מוטבים** - ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
12. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש 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 ומצהיר 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 שהצעתי לו ובמקרה בו היו לו 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, ונכח זאת הצעתי לו את הביטוח המוצע התואם לצרכיו. במקרה בו יקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי עלי לבצע גם השוואה בין החרגות 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 וגבולותיהם.
- 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.

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

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

הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום ת.ז של מורשה חתימה (תחום חיים)

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	מס' ת.ז.	פ.ח.	ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)			מספר בית	יישוב	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)

תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
תאריך	<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינירס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר		
X	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* (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
סניף ("הבנק")	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	611

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. _____ ("הלקוחות") שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקשים בזה להקים בחשבוננו/הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, 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. עלינו 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 שבינינו 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 שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן הסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע 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 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. אני/אנו מסכימים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.						
	<table border="1"> <tr> <td>תאריך</td> <td>חתימת הבנק</td> <td>חתימת בעל החשבון</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>	תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון		X	X
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון					
	X	X					