



הצעה לביטוח חיים – סיכוני מוות ונכות | ריסק עד שני מיליון ועד גיל 55, מוות מתאונה, שחרור | **קוד מסמך** 3352

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*

* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין מועד קבלת ההצעה בחברה, או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל.
 הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

פרטי סוכן/יועץ			
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	שם המנהל העיסקי	מס' הצעה

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה – חובה למלא אם המועמד לביטוח אינו בעל הפוליסה

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

פרטי המועמד הראשון					פרטי המועמד השני				
שם משפחה	שם פרטי	מין	ת.ז.	מס' סוכן/יועץ	שם משפחה	שם פרטי	מין	ת.ז.	מס' סוכן/יועץ
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	כתובת (רחוב)*	בית	דירה	עיר/יישוב
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד	קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד

*לא נדרש למלא את פרטי הכתובת אם הם זהים לפרטים של המועמד הראשון

מועמד ראשון	מועמד שני
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, _____ (יש למלא שאלון תחביבים)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, _____ (יש למלא שאלון תחביבים)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים

הליך התאמת צרכים

1. 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 ונכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכיי.

2. נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.

3. 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 מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים	
האם ברשותך/ כם פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הנר/ הנכם מבקש/ים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
במידה וקיים	להותיר את הפוליסה ללא שינוי
	להקטין סכום ביטוח בפוליסה הקיימת
	לבטל את הפוליסה הקיימת
במידה ומעוניין לבטל – אופן הגשת הביטוח	<input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח** <input type="radio"/> באמצעות חברת הפניקס** <input type="radio"/> באופן עצמאי
** יש לצרף את נספח ג' – הודעת ביטול מלאה וחתימה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), 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, ימסר 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. אם ברשותך פוליסה דומה, ואינך מתכוון להקטין/לבטל, אנא אשר כי ידוע לך: פוליסה זו נרכשת על ידי בנוסף לפוליסה קיימת בעלת כיסוי דומה וזאת בידיעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.	
X	X
חתימת המועמד הראשון	חתימת המועמד השני

פרוט הביטוחים המבוקשים

מועמד ראשון	מועמד שני	א. ביטוח יסודי - ריסק למקרה מוות (חובה לבחור אחד משני הביטוחים הבאים) <u>חובה למלא שאלון בריאות מורחב עבור סכום ביטוח מעל 2 מיליון ו/או מעל גיל 55</u>
ש"ח _____	ש"ח _____	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (510)
ש"ח _____	ש"ח _____	ריסק בפרמיה משתנה כל שנה (8510) במסלול הטבות Risk well על פי מסלולי ההטבות 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 ההטבות 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						
<u>חובה למלא שאלון בריאות מורחב עבור סכום ביטוח מהוון מעל 2 מיליון ו/או מעל גיל 55</u>						
מועמד ראשון	מועמד שני					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	הכנסה למשפחה (9345) (יסודי 9345, כיסוי נוסף 9346, משני 9347) סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה מטה, אך לא יאוחר מגיל 75 של המבוטח.				
פרטי המוטבים לכיסוי (במידה ולא ימולאו פרטי מוטבים, ישולם סכום הביטוח למוטבים כמוגדר בפוליסה)				פרטי הכיסוי הביטוחי		
קרבה למבוטח	תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם	תקופת ביטוח בשנים	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח

מועמד ראשון	מועמד שני	ב. ביטוחים נוספים - שחרור מתשלום פרמיות
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>שחרור מתשלום פרמיות באובדן כושר עבודה עם הרחבות לבחירה</u> 3 חודשי המתנה, כולל נכות חלקית (8851)
		הרחבות לבחירה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	קיצור תקופת המתנה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	פרנצ'יזה (1) * לא ניתן לרכוש עם חודש המתנה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	עיסוקית לעיסוק ספציפי (2) * צווארן לבן בלבד

מועמד ראשון	מועמד שני	ג. ביטוחים נוספים - סיכוני נכות ומרפא לחיים
	ש"ח _____	<u>חובה למלא שאלון הצהרת בריאות מורחב</u>
		נכות רגילה (57) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח למקרה פטירה יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.
	ש"ח _____	נכות מקצועית (58) * סכום הביטוח לא יהיה גבוה מסכום הביטוח של הריסק היסודי. ככל שסכום הביטוח למקרה פטירה יוקטן, סכום הביטוח לכיסוי זה יקטן בהתאמה.

מינוי מוטבים - למועמד ראשון											
מספר סידורי	פרטים אישיים	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.זהות	תאריך לידה	מין	החלק ב-%	יחס קרבה למבוטח			
									שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.זהות
1								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
2								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
3								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
4								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
100%		סך הכול		*לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשיו החוקיים של המבוטח.							

מינוי מוטבים - למועמד שני											
מספר סידורי	פרטים אישיים	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.זהות	תאריך לידה	מין	החלק ב-%	יחס קרבה למבוטח			
									שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.זהות
1								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
2								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
3								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
4								<input type="radio"/> בן/בת זוג <input type="radio"/> ילד/ילדה <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אח/אחות <input type="radio"/> נכד/נכדה <input type="radio"/> אחר			
								רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
100%		סך הכול		*לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשיו החוקיים של המבוטח.							

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).

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

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד/ים לביטוח (המבוטח)

1. **הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת ביטוח** – אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים ומבקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה שנבחרה בהצעה לביטוח זו ואשר תנאיה מפורסמים באתר החברה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח: אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (3) ידוע לי כי הקבלה לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום על בסיס הנתונים שמסרתי, על פיהם הפניקס מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים/סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיום הליך החיתום תודיע לי הפניקס אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה ובאילו תנאים. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

2. **הצהרה לעניין ויתור סודיות רפואית** – אני הח"מ, המועמד לביטוח בפוליסה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: המבקש) את כל הפרטים הנדרשים לצירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

3. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

4. ידוע לי כל לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית המבוטלת, ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד, על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.

5. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת ו/אחרת בסיס.

6. **העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר** – ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיימים 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 הפועת 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".

7. ידוע לי כי, פרטי התקשרות שציינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס

8. **הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי** (דואר אלקטרוני / מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר אינני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.

9. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** – הנני לא מסכים מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיור 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 מההסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
חתימת המועמד השני	חתימת המועמד הראשון	תאריך							

אישור הסוכן (חובה)

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 המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסייגיה. את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לגבות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה המופיעים לעיל.

הצהרת הסוכן לביור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביצעתי למועמד/ים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפני את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעת לי 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, ונוכח זאת הצעת לי את הביטוח המתאים לצרכיו.

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 ובולותיהם.

ככל שמדובר בשווק למועמד לביטוח שמלאו לו 67 ומעלה, הריני לאשר כי עברתי הכשרה למכירה ולמתן שירות לאזרחים ותיקים, בהתאם להוראות חוזר הצירוף. **הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום** – הנני מאשר בזה כי במעמד 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"/>									
חתימה וחומת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך						

הצהרת בריאות מקוצרת – (עבור ריסק עד שני מיליון ועד גיל 55, מוות מתאונה, שחרור מתשלום פרמיות)

על מנת לבדוק את קבלתך לביטוח נעבור כעת להצהרת הבריאות, חשוב שתשובותייך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח.

מועמד ראשון	מועמד שני	הצהרת בריאות מקוצרת	
		האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה? - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.	
		1 גובה (בס"מ) משקל	
לא	כן	לא	כן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2 האם בשנה האחרונה סופלת (או הומלץ על טיפול) תרופתי יותר מ- 3 שבועות? אם כן: מועמד ראשון: שם תרופה: _____ סיבת טיפול: _____ מועמד שני: שם תרופה: _____ סיבת טיפול: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3 האם בשנה האחרונה הומלץ לך או שהינך מועמד לביצוע בדיקה פולשנית, בדיקת הדמיה (לרבות US, CT ו-MRI) או ניתוח? אם כן: מועמד ראשון: סוג בדיקה/ ניתוח: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____ מועמד שני: סוג בדיקה/ ניתוח: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות נא ציין כמות סיגריות ליום	
5 האם אי פעם אובחנו אצלך מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות:			
<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ברכישה כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה/שחרור יש לענות בנוסף על השאלות הבאות:			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 חושים (ראייה, שמיעה) בעיות שלד/מפרקים/אורתופדי/ראומטולוגי			

פירוט ממצאים חיוביים – בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

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

אישור הסוכן/ נציג המכירות של "הפניקס"

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן ביטוח/נציג מכירות של "הפניקס" מאשר ומצהיר בזאת כדלקמן:
 בתאריך _____ / _____ / _____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד הראשון לביטוח בטל' מס' _____
 ובתאריך _____ / _____ / _____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד השני לביטוח בטל' מס' _____
 (כשיש 2 מבוטחים בוגרים חובה לדבר עם שניהם) ומילאתי עבורם ובשמם את הצהרת הבריאות המצורפת.

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

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
הצהרת משלם חריג				
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	יישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה 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				
תאריך	<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			
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 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.

בנק	מס' חשבון			סניף
סניף	611	סוג חשבון	סניף	בנק
("הבנק")		שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="radio"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: ש"ח. _____ <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____				
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.				

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

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקשים/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
2	א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/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.
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 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 מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	תאריך _____ חתימת הבנק _____ חתימת בעל החשבון _____