



הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה – משכנתא נטו (עד שני מיליון ועד גיל 55)

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		
שם סוכן	שם המנהל העיסקי	טלפון סוכן לברורים
ביטוח חיים	מס' סוכן	מס' הצעה
ביטוח אלמנטרי	מס' סוכן	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 המועמד הראשון (בעל הפוליסה)						פרטי המועמד השני					
שם משפחה		שם פרטי		מין		שם משפחה		שם פרטי		מין	
ת.ז.		תאריך לידה		מצב משפחתי		ת.ז.		תאריך לידה		מצב משפחתי	
קופת חולים		מקצוע		עיסוק בפועל		קופת חולים		מקצוע		עיסוק בפועל	
טלפון		נייד		טלפון		נייד		טלפון		נייד	
דואר אלקטרוני						דואר אלקטרוני					
כתובת (רחוב)		בית		דירה		עיר/יישוב		ת.ד.		מיקוד	

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

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

הליך התאמת צרכים

- 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.
- 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 מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים		
האם ברשותך/ כם פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הנך/ הנכם מבקש/ים להצטרף במסגרת טופס הצעה זה	מועמד ראשון	מועמד שני
במידה וקיים	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
להותיר את הפוליסה ללא שינוי	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
להקטין סכום ביטוח בפוליסה הקיימת	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
לבטל את הפוליסה הקיימת	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
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 וחתומה (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 בידעתי ובהסכמתי. ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים עבור פוליסה זו.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המועמד הראשון	חתימת המועמד השני	

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

ביטוח מבנה

תשומת לב המבוטח מופנית לכך עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981 כל השאלות יחשבו כעניין מהותי.

הצעה לביטוח מבנה אגב משכנתא

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____		מועמד ראשון לביטוח	
ני"ח: _____ דואר אלקטרוני: _____			
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____		מועמד שני לביטוח	
ני"ח: _____ דואר אלקטרוני: _____			
מיקוד: _____		כתובת הנכס המבוטח	
מ: _____ עד: _____ (הפוליסה מתחדשת אוטומטית מידי שנה עד תום תקופת המשכנתא)		תקופת הביטוח:	
ש"ח _____ (יש לבטח על פי עלות בניה מחדש של הדירה כולל צמודי המבנה).		סכום ביטוח הדירה:	
מ"ר _____		שטח הדירה:	
<input type="radio"/> בבית משותף בקומה _____ מתוך _____ קומות <input type="radio"/> לא כולל מחסן <input type="radio"/> כולל מחסן		הדירה נמצאת <input type="radio"/> בבית פרטי בן _____ קומות <input type="radio"/> לא כולל מרתף <input type="radio"/> כולל מרתף <input type="radio"/> לא כולל בריכת שחיה <input type="radio"/> כולל בריכת שחיה שווי הבריכה: _____ ניתן לבטח בריכה בבית פרטי בלבד (לא ניתן לבטח בריכה בבית משותף כגון בריכה בדירת גג או בקומת ביניים). הכיסוי לבריכת שחיה הינו מפני סיכוני אש, ברק, התלקחות, התפוצצות ורעידת אדמה בלבד.	
הבנין בנוי מ: _____ גג הבנין בנוי מ: _____ (לא ניתן לבטח במסלול זה מבני עץ ומבנים מבנייה קלה).			
האם הדירה מחולקת ליחידות דור? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן כמה יחידות דור? _____			
האם הדירה משמשת למגורים בלבד? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרט: _____			
האם מתקיימת בדירה או בחלק ממנה פעילות עיסוקית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט איזו: _____			
הרחבת נזקי מים ונזולים אחרים: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
<input type="radio"/> ע"י שרברב שבהסדר הנבחר ע"י המבוטח מתוך רשימת שרברבים שבהסדר המוסכמים על החברה (ידוע לי שבמקרה זה זכותי לבחירת שרברב הוגבלה).		הטיפול בנזקי מים	
<input type="radio"/> ע"י שרברב כלשהו לפי בחירת המבוטח (אפשרות זו כרוכה בתוספת פרמיה)			
השתתפות עצמית לסיכון רעידת אדמה: - 10% מסכום ביטוח המבנה			
האם ברצונך להקטין סכום ההשתתפות העצמית תמורת פרמיה נוספת לכדי: <input type="radio"/> 5% מסכום ביטוח המבנה <input type="radio"/> 2% מסכום ביטוח המבנה			
הרחבות לפרק ביטוח המבנה:			
<input type="radio"/> ביטוח סכום נוסף (בבית משותף בלבד) - סיכון רעידת אדמה בלבד			
<input type="radio"/> ביטוח סכום נוסף (בבית משותף בלבד) - כיסוי מורחב (מפני הסיכונים כמוגדר ב"מקרה הביטוח")			
ביטוח סכום נוסף אפשרי בכפולות שלמות של סכום ביטוח המבנה (עד 4 כפולות) ציין מס' הכפולות: _____			
ביטוח אחריות כלפי צד שלישי כלול עד לסך 500,000 ש"ח. האם ברצונך להגדילו לכדי 1,000,000 ש"ח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם ב-3 השנים האחרונות:			
נגרמו לדירתך נזקים כתוצאה מאש, התפוצצות, שטפון, הצפה, נזקי טבע? _____			
פרט: _____			
נגרמו לצד שלישי נזקים? פרט: _____			
שעבוד כמוטב בלתי חוזר לטובת: בנק/חברה: _____ סניף: _____ כתובת: _____			

פרטי בנק / המוטב בלתי חוזר

שם המוטב הבלתי חוזר	מספר בנק	מספר סניף	סכום השעבוד	שעבוד לטובת	סכום השעבוד
1.					2.

הפוליסה מיועדת לתקופת ההלוואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מידי שנה בהתאם. הרשות בידי המבטח להודיע טרם כל חידוש על רצונו לשנות תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח

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).

X	X	
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 הן 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 יותר 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 ולמוסד 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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותיי 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 לגופים 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, יבוטלו 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 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 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 אודותיי 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, פיננסים 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.

X	X								
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 הן 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, בפרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו 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 וגבולותיהם.

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.

X									
חתימה וחותמת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך						

הצהרת בריאות מקוצרת – (עד שני מיליון ועד גיל 55)

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.

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.				
מועמד ראשון	מועמד שני			
		1 גובה (בס"מ)		
		משקל		
לא	כן	לא	כן	שאלון רפואי
<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"/>	א מחלות לב, כלי דם ודם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב מחלות מערכת העצבים והמוח
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג גידול ממאיר (סרטן)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד כליות ושתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה כבד
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו נשימה/ריאות
6 ברכישת 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"/>	חושים (ראייה, שמיעה)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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

<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
<input checked="" type="checkbox"/> מס' כרטיס האשראי	<input checked="" type="checkbox"/> 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	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	611	שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
("הבנק")				
<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 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")						
2	<p>שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</p> <p>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).</p> <p>כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.</p> <p>ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">פרטי ההרשאה</p> <p>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.</p>						
3	אני/אנו מסכים/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;">X</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>תאריך</td> <td>חתימת הבנק</td> <td>חתימת בעל החשבון</td> </tr> </table>		X		תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון
	X						
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון					

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

הצהרת משלם חריג

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

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	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
_____	511	_____	_____	
("הבנק") <input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - <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 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") שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק 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/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, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.						
	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.						
3	אני/אנו מסכים/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>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון	_____	_____	_____
תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון					
_____	_____	_____					

X