





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).

<b>X</b>	<b>X</b>	
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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותי ו/או סניף מסיניפכם 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 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 יגרם 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 וחיסכון 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 ודייור 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 מההסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

<b>X</b>	<b>X</b>								
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 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, 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 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.

<b>X</b>									
חתימה וחומת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך						

**שאלון הצהרת בריאות מורחב (עבור רישק מעל שני מיליון ו/או מעל גיל 55, כיסוי נכות)**

מועמד ראשון		מועמד שני		שאלון רפואי
כן	לא	כן	לא	
				<p>לצורך בחינת קבלתך לביטוח עליך לענות על השאלות הבאות בהצהרת הבריאות, חשוב שתשובותיך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח.</p> <p>- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.</p> <p>- מועמדים בני 65 ומעלה - יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)</p>
				1 גובה (בס"מ): _____ משקל: _____
				2 האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה?
				3 האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ-3 שבועות? או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? אם כן: מועמד ראשון: שם תרופה: _____; סבת טיפול: _____ מועמד שני: שם תרופה: _____; סבת טיפול: _____
				4 האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות כולל למטרת ניתוח? (יש לצרף דו"ח אישפוז אם קיים) אם כן: מועמד ראשון: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____ מועמד שני: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____
				5 האם נקבעה לך נכות מכל סיבה שהיא ו/או הינך בתהליך קביעת נכות מכל סיבה שהיא ו/או הגשת תביעת נכות מכל סיבה שהיא לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות? (יש למלא שאלון נוסף) אם כן: מועמד ראשון: דרגת נכות: _____%; מועמד שני: דרגת נכות: _____%
				6 האם עברת או הומלץ לך לעבור ב-5 השנים האחרונות בדיקות רבות בדיקות פולשניות כגון ביופסיה או צנתור או קולונוסקופיה או בדיקות הדמיה כגון CT או MRI, אקו לב, מיפוי עצמות (יש לצרף תוצאות הבדיקות)
				7 האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד ו/או השתלת איבר ב-10 השנים האחרונות? (יש לצרף תוצאות בדיקה)
				8 האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? - מועמד ראשון: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____ מועמד שני: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____
				9 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? אם כן: מועמד ראשון: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____ מועמד שני: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____
				10 האם הינך צורך יותר מ-14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? (יש למלא שאלון נוסף)
				11 האם חלית ו/או אובחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:
				11.1 מחלות לב וכלי דם לרבות: חסימת כלי דם/צנתור/מעקפים, התקף לב, כאבים בחזה, הפרעת קצב, הפרעות מסתמי הלב, איוושה, יתר לחץ דם מטופל תרופתית בשנה האחרונה, פקקת/קריש דם, מפרצת (יש למלא שאלון נוסף)
				11.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי/שבץ, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, שיתוק/חולשה בגפיים (יש למלא שאלון נוסף)
				11.3 מחלות מערכת העיכול לרבות: קרוהן, קוליטיס
				11.4 מחלות במערכות ההפרשה פנימית, לרבות: סוכרת, יתר שומנים בדם, הגדלה של הערמונית או ערך PSA מוגבר (יש למלא שאלון נוסף)
				11.5 מחלות כבד לרבות: הפטיטיס, הפרעה בתפקודי כבד, שחמת
				11.6 מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגית: בלט/פריצת דיסק, ליקויים בעמוד שדרה, בריחת סידן/אוסטיאופורוזיס, דלקת מפרקים/ארטריטיס, זאבת/לופוס, FFM / קדחת ים תיכונית
				11.7 מחלות נשימה לרבות: אסטמה, COPD/מחלת ריאות כרונית חסימתית/אמפיסמה, סיסטיק פיברוזיס
				11.8 מחלות כליות לרבות: אי ספיקת כליות, ציסטות בכליות, דם או חלבון בשתן
				11.9 מחלות נפש לרבות: דיכאון, פוסט טראומה, מאניה-דיפרסיה - הפרעה ביפולרית/דו קוטבית, סכיזופרניה
				11.10 מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, מספר משקפיים מעל 8
				11.11 HIV: נשא או חולה איידס
				11.12 גידולים, שפיר או ממאיר, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה, סרטן עור, מלנומה (יש למלא שאלון נוסף)
				11.13 מחלות דם - אנמיה, הפרעות קרישה, הפרעות בתאי דם/ספירת דם
				11.14 מחלות במערכת החיסון לרבות מחלות אוטואימוניות
				11.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית
				11.16 מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון
				11.17 הסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה אב, אם, אחים ואחיות שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי?

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

**← רשימת שאלוני המשך**

- |                   |                                |                  |                 |                      |
|-------------------|--------------------------------|------------------|-----------------|----------------------|
| 1. סוכרת          | 3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם | 5. נכויות/פציעות | 7. גידולים      | 9. שאלון יתר לחץ דם  |
| 2. גב ועמוד השדרה | 4. דרכי הנשימה                 | 6. דרכי העיכול   | 8. בעיות נפשיות | 10. שאלון מחלות כללי |

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

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')

**← 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**

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון
				X
				X
				חתימת המועמד השני

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

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

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