



706 קוד מסמך **הוספת כתבי שירות לפוליסה קיימת**

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

פרטי המועמדים לביטוח
 אני/אנו החתומים מטה, בעל פוליסה ו/או המבוטח פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס") בהצעה לעדכן פוליסת ביטוח קיימת ו/או להחליף את תכניות הביטוח הקיימות כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	עיסוק	קופ"ח	מין	מצב משפחתי	שב"ן	תאריך לידה
מועמד ראשון/ בעל פוליסה									
מועמד שני									
ילד ראשון									
ילד שני									
ילד שלישי									
ילד רביעי									

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

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל - חובה למלא		אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת)*
			רחוב	מס' בית	
מועמד ראשון/ בעל פוליסה					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל
מועמד שני					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל
ילד בוגר - שם: -----					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל

*בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף

ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה)

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 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).

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

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".

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי. לידעתך, 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.

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 צרכי. במקרה בו יקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי, כי תבוצע עבורי השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת, אותה אדרש לאשר טרם הצטרפותי לביטוח.
- נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

שאלון בטוחים קיימים					
מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
<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"/> 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"/>

במידה ומעוניינים לבטל - אופן הגשת הביטוח באמצעות סוכן הביטוח** באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"*** באופן עצמאי

**** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה.**

לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת הביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, תימסר לך העתק מהבקשה. מוצע לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, כי הפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך עוד דמי ביטוח בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

הוצאות רפואיות - הוספת כיסויים בפוליסה קיימת (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות)

האחריות	כתב שירות לא לבד (9004)	סוג תכנית	גילאי כניסה	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	יש לסמן X בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מועמד בנפרד.	
										מועמד ראשון	מועמד שני
ללא האחרות בריאות	כתב שירות אבחנה מהירה (8985)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)	נוספת	0-20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	כתב שירות רופא אישי (9987)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	כתב שירות רפואה משלימה (9342)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

הצהרת בריאות

- 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.

הצהרת בריאות לכתב שירות לא לבד											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
(מועמד לביטוח מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)											
1 האם חלית ו/או אבחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי? מחלה או גידול ממאיר (סרטן) לרבות SCC, BCC, גידול טרום סרטני? (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"/>

(*) - 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')

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר

הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

1. 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.
2. 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.
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
4. 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.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
6. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
7. 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 תכנית בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שגלוו לתכנית הבסיס.
8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירתי ואני רשאי לבחור בהם א לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה הקיימת.
9. **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.
10. **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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
11. 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 להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
12. **הסכמה לקבלת פנייה שיווקית בקווי תקשורת - הנני** **לא מסכים** **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.

X	X	X
ילד בוגר _____	חתימת מועמד שני	חתימת מועמד ראשון

אישור הסוכן

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ה בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל וכן, נתנו את רשותם לנכות תשלום הפרמיה ע"פ פרטי הגביה 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, ונוכח 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 בפני 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			
חתימת הסוכן	ת.ז.	שם הסוכן	תאריך

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	ישוב	מיקוד

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.

תאריך	חתימת משלם חריג	שם מלא של המשלם
-------	-----------------	-----------------

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ויזה כ.א.ל. ישראכארט לאומי קארד דיינרס אמריקן אקספרס אחר

תאריך	מס' כרטיס האשראי	תוקף
שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	מס' ת.ז.

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)

ההבנק

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.

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 בעלי 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:

- עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- 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 ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- 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.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.
- 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.

תאריך	חתימת הבנק	חתימת בעל החשבון
-------	------------	------------------