

בקשת הצטרפות/חידוש עצמאי ל"הפניקס פנסיה מקיפה" / "הפניקס פנסיה כללית" בשילוב הצטרפות לקופת גמל/קרן השתלמות
נא לצרף צילום ת.ז.

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח	שם יועץ/ הסוכן	מס' סוכן	מספר מעסיק	חותמת תאריך קבלת הטופס
--------------------------	----------------	----------	------------	------------------------

פרטי המבוטח

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 שם הקרן: _____
 ת.ז.: _____
 תאריך לידה: _____

זכר נקבה

רווק נשוי גרוש אלמן

מין: _____ מצב משפחתי: _____ שם משפחה קודם: _____ שם האב: _____ מקצוע: _____ עיסוק בפועל: _____

כתובת: _____ ת.ד./מיקוד: _____ ישוב: _____ נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. כן לא
 הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בלזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.
 ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. כן לא

מינוי מוטבים למקרה מוות (תקף רק אם אין שאירים זכאים)

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		

אופן הגבייה הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) אופן התשלום חודשי רבע שנתי 1 לחודש 10 לחודש

אופן התחלת הביטוח: _____
 תאריך התחלת הביטוח: _____
 כרטיס אשראי הודעת תשלום חצי שנתי שנתי יום גביה מבוקש

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.

בחירת תוכנית קרן השתלמות וקופת גמל

- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 957 - מסלול כללי
- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 961 - מסלול מנייתי
- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 1355 - מסלול ללא מניית
- עמית קופה לתגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 521
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 964 - מסלול כללי
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 968 - מסלול מנייתי
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 1354 - מסלול ללא מניית

בחירת תוכנית פנסיה

בחירת מסלולי השקעה ב"הפניקס פנסיה מקיפה" (לא ניתן להורות על שילוב "שיטת פניקס" עם מסלולי השקעה אחרים)

בחירה ב"שיטת הפניקס" והגדרת טעמי ההשקעה במסלול זה

טעמי ההשקעה בכפוף להכשר ההילכת* כן לא (יש לסמן מסלול מבוקש)

טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)

מידת סיכון רצויה 1. נמוך ביותר 2. בינוני נמוך 3. בינוני 4. בינוני גבוה 5. גבוה

מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל _____ % (טעמי השקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משיעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

טווח התקופה לניצול כספי הפיצויים זהה לתקופת החיסכון לטווח המיידית לאחר עזיבה

* ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכת. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול בנאמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכת.

לא נבחרו טעמי השקעה או שנבחרו רק חלק מטעמי ההשקעה, יוגדרו טעמי ההשקעה כולם או חלקם בהתאם להגדרת החברה כקבוע בתקנון.

בחירה במסלולי השקעה אחרים (ניתן להורות על שילוב בין מסלולי השקעות, למעט עם "שיטת הפניקס")

מסלול השקעות	שיעור ממרכיב הפיצויים	שיעור ממרכיב התגמולים	מסלול השקעות	שיעור ממרכיב הפיצויים	שיעור ממרכיב התגמולים
<input type="radio"/> הפניקס כללי	%	%	<input type="radio"/> הפניקס מנייתי	%	%
<input type="radio"/> הפניקס אג"ח קונצרני	%	%	<input type="radio"/> הפניקס קצר	%	%

בחירת מסלול "הפניקס פנסיה מקיפה" (נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש)

- בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1)
 - משווה לגיל 64/67 (קוד 6)
 - נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14)
 - זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
 - שרידים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)
 - נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)
 - זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
 - שרידים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)
 - בסיסי לגיל 60 (קוד 11)
 - משווה לגיל 60 (קוד 16)
 - שרידים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 4)
 - נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 12)
 - שרידים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)
 - נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
 - זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)
 - שרידים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)
 - זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)
- נכות מתפתחת*
 (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל)
 ללא כיסוי לשאירים**
 ללא כיסוי לבן/בת זוג** (כיסוי לילדים בלבד)
 ** אם המבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון ולא מונה שאיר נוסף

דמי הגמולים ואופן חלוקתם, לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה

16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת)

% (לא פחות מ- 10.00% ולא יותר מ- 20.5% בהתאם לתקנון) מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)

הצטרפות לקרן השתלמות / קופת גמל

בקשת הצטרפות / הצהרת עמית - יש למלא ברכישת קופת גמל/קרן השתלמות בלבד

הנני מבקש/ת בזה לקבל אותי כעמית בקופה והנני מצהיר/ה כי ידוע לי שאהיה זכאי לכל הזכויות המוקנות לעמיתים על פי תקנון הקופה, כפי שיהיה בתוקף מידי פעם בפעם (להלן: התקנון), וכי אהיה כפוף/ה לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי התקנון והוראות הדין.

אישור הלבנת הון

הנני מודיע ומצהיר בזאת כי: אני פועל עבור עצמי בלבד, והנני מתחייב בזאת להודיע לקופה אם אפעל עבור אחר. כל הסכומים שהופקדו ו/או יופקדו לזכות חשבוני אצלכם על ידי או על ידי בא כוחי, וכן הרווחים שיתווספו עליהם. ישולמו על ידכם לאחר מותי לאנשים המפורטים בסעיף פרטי המוטבים לעיל. ידוע לי כי זכותי לחזור בי מהודעה זו ובתנאי שאודיע לכם על כך בכתב.

נמסרה לי הצהרת החברה המנהלת כי:

א. במסגרת הצטרפותי לקופה לא ניתנה ולא תינתן על ידי החברה המנהלת כל הטבה למעבידי או לארגון מעבידי או לארגון עובדים או לגוף אחר שמוחזק בידי מי מהם (במישרין או בעקיפין, יא. ב. דמי הניהול שייגבו מחשבוני יסתכמו בשיעור חודשי של 0.166% (בחישוב שנתי: 1.99%) מהיתרה הצבורה על שמי בקופה, למעט אם החברה המנהלת תקבע הסדרים כלליים או פרטניים לגביית דמי ניהול נמוכים יותר. דמי הניהול כאמור אינם כוללים עמלת הפצה, וכן כל עמלה אחרת, יא. ג. היא רשאית לדחות את בקשת הצטרפות בכל סיבה שהיא וכן כי לא יהיה תוקף לשינויים או מחיקות במסמך זה שיערכו ללא חתימה של החברה המנהלת בצד השינויים או המחיקות וכי חתימה בצד השינויים או המחיקות היא תנאי מהותי לקבלת השינוי.

הצהרות

אני החתום מטה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בבקשה זו. אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בבקשה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בבקשה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לענין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביננו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת הבקשה. (3) תשובותי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לניהול חשבוני בקופה והשירות ב"הפניקס". (4) הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. (5) החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

הצהרת עמית במעמד עצמאי בלבד - יש למלא ברכישת קופת גמל/קרן השתלמות בלבד

בקרן השתלמות - הריני מצהיר בזאת כי הפקדתי כעמית עצמאי לקרן השתלמות תהינה כנגד "הכנסה קובעת" וביום בו אחדל מלהיות עצמאי אודיע לקרן על כך ואחדול מהפקדות כאמור

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת העמית
-------------------------------------	-------	-------------

פרטי הזיהוי של העמית פותח החשבון אומתו, וצילום ת.ז. הנאמן למקור מצורף לטופס זה.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת המטפל
-------------------------------------	-------	-------------

חובה לצרף:
1. צילום תעודת זהות
2. אישור עוסק מורשה

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת הסוכן/יועץ/משווק פנסיוני	חתימת העמית
-------------------------------------	-------	--------------------------------	-------------

ימולא ע"י הפניקס גמל בע"מ - יש למלא ברכישת קופת גמל/קרן השתלמות בלבד

מס' חשבון	סניף	קופה	ברוקר	סוכן	מס' מעסיק
-----------	------	------	-------	------	-----------

הצטרפות לקרן הפנסיה

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				

בקשה למינוי שאיר נוסף (ניתן למנות רק אם אין בת זוג. וזיתור על כיסוי ביטוחי מבטל המינוי)

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> סבא <input type="radio"/> סבתא <input type="radio"/> אם בן/בת הזוג <input type="radio"/> אב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סבתא בן/בת הזוג				
קרבת שאיר הנוסף				

פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

1	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				
2	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה				

הצהרות לקרן הפנסיה

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה בניהול "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: "הפניקס הפנסיה") ולאחר שבחנתי את האפשרויות העומדות לפני, מצהיר/ה בזה על אמיתות הפרטים וכי אם אתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה:

א. הנני מתחייב/ת בזאת למלא אחר תקנוני קרנות הפנסיה, החלטות מוסדות הפניקס פנסיה וההוראות המחייבות.

ב. ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנוני קרנות הפנסיה ולשינויים בהן עפ"י דרישת הממונה על שוק ההון באוצר או באישורו, בתנאי ששולמו דמי גמולים עבורי. כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה לנכות ושאיירים. כן ידוע לי כי הפקדות עבור התקופה רטרואקטיבית למועד הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ולשאיירים. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול ההשקעה או מסלול ביטוח אהיה מבוטח במסלולי ברירת מחדל כקבוע בתקנון.

ג. ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכפל השכר הממוצע במשק, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. אני מאשר על כן, כי כל הפקדה החורגת מתקרה זאת, תועבר לחשבון נפרד של "הפניקס פנסיה כללית". ידוע לי כי ב"הפניקס פנסיה כללית" יש מסלול השקעות כללי בלבד.

ד. הנני מצהיר/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנוני קרנות הפנסיה.

ה. הנני מסכים/ה כי כל המידע המפורט לעיל, יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהפניקס פנסיה ו/או מי מטעמה ימצאו לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

ו. הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בטופס זה ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.

ז. הנני מצהיר כי ידוע לי כי במקרה בו לא אבחר לוותר על כיסוי על שאירים אזי, תיגבה ממני עלות הכיסוי הביטוחי לשאיירים בהתאם להוראות התקנון, גם אם אין לי שאירים במועד הצטרפתי לקרן הפנסיה.

ידוע לי כי היתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשאיירים הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי והוא גובר על מינוי שאיר נוסף. הריני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי. ידוע לי כי בתום התקופה אם לא תוגש בקשה חדשה אהיה מבוטח באותו מסלול ביטוח בצירוף ביטוח שאירים.

ח. לעניין מינוי שאיר נוסף, הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות השאיר הנוסף ייקבעו בהתאם לתקנון והפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים ייקבעו כאילו קיימת אלמנה הזכאית לפנסיה. ידוע לי כי מינוי שאיר נוסף יבוטל באופן אוטומטי אם יהיה לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון והנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי באופן מיידי.

ט. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כלשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך
-------------------------------------	---------------------------------	-------

הצהרה על מצב בריאות

במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה אשר בניהולכם, הריני להצהיר בזאת כי:

- אינני נכה בצורה כלשהי ואינני נמצא/ת בהליך לאישורה של נכות.
- במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפזתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום).
- אין ולא היו לי אחת או יותר מהמחלות שלהלן ו/או סימניהן: לב, כל-דם, כבד, סרטן ו/או גידולים אחרים, סכרת, אירוע מוחי, שיתוקים, טרשת נפוצה, אלצהיימר, פרקינסון, מערכת השלד והתנועה (בעיות ארטופדיות).
- אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.
- אינני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.
- הנני בכושר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשיר/ה לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.
- אינני מקבל/ת ולא נדרשתי ו/או קיבלתי טיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות המחלות הנ"ל).

הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך
-------------------------------------	---------------------------------	-------

ויתור על סודיות רפואית

אני ה"מ"מ נותנת/ת בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדותי הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ויצא מהכלל ויצא מהמחלות ובצורה שתיידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח	תאריך
-------------------------------------	---------------------	-------

אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני

הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יועץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיוק פנסיוני) התשס"ה 2005.			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני	שם	מס' רשיון
תאריך	שם	מס' רשיון	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני

הרשאה לחיוב חשבון

שם המבוטח	ת.ז.	מס' פוליסה
-----------	------	------------

לכבוד	בנק	סניף	מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
			611			
	כתובת הסניף		קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		

1	אני/ הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			מס' ת.ז. / פ.ח.פ.
	כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
2	נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונינו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" ידוע לי/לנו כי:				
	א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.				
3	ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".				
4	ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.				
5	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.				
6	הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.				
7	נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.				

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> התימת בעל החשבון
-------	--

אישור הבנק

לכבוד	מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
	611			
	קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 53435
 טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	------------	---