

הצעה לביטוח אובדן כושר עבודה

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הצעה
------------	----------	-----------	----------

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

← פרטי בעל הפוליסה/המעביד: מבוטח אחר (בא למלא את הפרטים בטבלה)

שם בעל הפוליסה/המעביד	ת.ד. / ח.פ.	כתובת	טלפון
אופן הגבייה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הודעת תשלום <input type="radio"/> אופן התשלום <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/>			

← פרטי המבוטח הראשי

שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	תאריך לידה
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/>	מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות			
האם יש סיכון מיוחד באורח חייו שאינו קשור לעיסוק או תחביבך עליו הצהרת?	לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם אתה בעל רישיון טיס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	לא <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> העבר שאלון טייס
מין	המצב המשפחתי	מס' טלפון	מס' טלפון ביד
		כתובת	e-mail
		מס' טלפון	תאריך תחילת ביטוח

← ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

הכיסוי המבוקש	תקציב	ביטוח מנהלים צמוד שכר
<input type="radio"/> פרמיה קבועה (826) <input type="radio"/> משתנה (828) סך הכיסוי המבוקש % _____ משכר	<input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד % _____ <input type="radio"/> ע"ח שונות עובד בתקציב % _____ <input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד % _____ והיתרה ע"ח שונות עובד <input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד % _____ והיתרה ע"ח עובד במסגרת פוליסת צל (חובה להיביר אמצעי תשלום)	<input type="radio"/> פרמיה קבועה (826) <input type="radio"/> משתנה (828) סך הכיסוי המבוקש % _____ ש"ח שכר החודשי _____ ש"ח
<input type="radio"/> (חובה להעביר אמצעי תשלום)		פוליסת פרט צמודת מדד
ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67). בהעדר הנחיה אחרת ייקנה הביטוח לגיל 67		
תקופת המתנה <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 3		
הרחבות לאובדן כושר עבודה נא לסמן קוד אחד בלבד <input type="radio"/> הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה כולל החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)		
<input type="radio"/> פרבצ'יה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)		
האם יש לך ביטוח כלשהו על פיו אתה זכאי לתשלום במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח		
תנאים מיוחדים		

נא לחתום על סעיף ההצהרות בדף מס' 2

“עד שתוכלי” - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

<p>מבוטח ראשי</p> <p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p> <p><input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p>	<p>מבוטח שני</p> <p>האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p> <p><input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: _____ <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: _____ שם הקרן _____ החל מתאריך _____</p>
<p>פיצוי חודשי (3 חודשי המתנה) לגיל 67* _____ ש"ח לחודש</p> <p>(סכום הביטוח לא יעלה על גובה פנסיה הנכות)</p>	
<p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה ותיקה: _____ <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1510) _____ <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1511) _____</p>	
<p><input type="radio"/> ביטוח נוסף - קרן פנסיה חדשה: _____ <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (1514) _____ <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (1515) _____</p>	
<p>תקציב הפרמיה</p> <p><input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד _____ % <input type="radio"/> ע"ח שונות עובד בתקציב _____ % <input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד _____ % והיתרה ע"ח שונות עובד <input type="radio"/> בגובה תקציב מעביד _____ % והיתרה ע"ח עובד במסגרת פוליסת צל (חובה להיביר אמצעי תשלום) <input type="radio"/> ירכש בפוליסה פרטית (חובה להעביר אמצעי תשלום)</p>	
<p><input type="radio"/> הרחבה לאובדן כושר עבודה משלים <input type="radio"/> הרחבה משופרת</p>	

הצהרות/ויתור על סודיות

- אני החתום מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. 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 שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן: "הפניקס"), וכן התמאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תמאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתמאי הפוליסה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
- אני החתום מטה, המעביד, של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרפו את העובד לתוכנית כמפורט בהצעה, והנני מתחייב להעביר את התשלומים כסדרם כנקוב בהצעה לביטוח.
- הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח. אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.
- אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תינתן 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.
- אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים 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 החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תמאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ו/או בצורה שתדרש ע"י "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 כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי ככל"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 עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח הראשי	.ת.ז.	שם המבוטח הראשי	חתימה וחומת בעל הפוליסה/המעביד
		תאריך	

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתמאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח הראשי	תאריך

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המעביד ו/או המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח הראשי	חתימת בעל הפוליסה/המעביד	תאריך

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה/המעביד ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימה וחומת הסוכן	תאריך

הצהרת בריאות

מבוטח ראשי		באם יש בידיך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.
הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן		
1.	גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.		האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט גיל <input type="text"/> קירבה <input type="text"/> מחלה או סיבת מוות <input type="text"/>		
3.		האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות		
4.		האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין <input type="text"/> תרופה <input type="text"/> מינון <input type="text"/>		
5.		האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין מתי <input type="text"/> משך האשפוז <input type="text"/> סיבת האשפוז / הניתוח <input type="text"/>		
6.		האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך צורך משקאות חריפים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		
7.		האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין מספר סגריות ליום <input type="text"/> משך העישון בשנים <input type="text"/> מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) <input type="text"/>		
8.		האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוז), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ב. מחלות ממאירות וגידול סרטני? (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירני, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גחז, ציסטות, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7) במקרה נכויות ופציעות) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: ימין <input type="text"/> שמאל <input type="text"/>		
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
9. האם עברת בדיקות או הינך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
אם כן - ציין סוג הבדיקה <input type="text"/> תאריך <input type="text"/> אבחנה <input type="text"/>		
האם הבדיקה היתה תקינה כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		

רשימת שאלוני המשך

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

חתימת המבוטח

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

שם המבוטח	ת.ד.	תוקף הכרטיס עד	מס' הכרטיס	חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	------	----------------	------------	--

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד	בנק	סניף	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
כתובת הסניף	611 קוד מוסד		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
אני/הח"מ	שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק					
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד	מס' הזהות/ח.פ. של בעל החשבון	
<p>1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לילנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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 לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". 4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לילנו 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 לביצוען. 6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. 7. בא לasher ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>						
תאריך	חתימת בעלי החשבון <input checked="" type="checkbox"/>					

אישור הבנק

לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ	ת.ד. 25333	תל-אביב 61253
מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
מספר החשבון בבנק	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
מספר החשבון בבנק	611 קוד מוסד		
תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק <input checked="" type="checkbox"/>

קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם 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 לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות ביטוח חיים

סעיף 4 (א) בחוזר המפקח על הביטוח 2003/14

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בדיך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף?		כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:			
1.	כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסת ביטוח חיים שבתוקף, האם פוליסות ביטוח החיים הקיימות שבידיך:		
	יבוטלו	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	ייפדו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	יסולקו באופן חלקי או מלא	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, את סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, את הגימלה או חלקה, או ההטבות האחרות אם קבועות בהן	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>

האם בדיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?		כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
במקרה שהתשובה היא כן:			
2.	כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו בנספחים אלה שינויים מהותיים:		
	בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים להם הנך זכאי	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו-2 שבסעיפים דלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.			
	שם המבוטח	מס' ת.ד.	טלפון בית
	תאריך		טלפון נייד
			חתימת המבוטח <input checked="" type="checkbox"/>
			חתימת המבוטח

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:		כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>
	שם הסוכן		
	מס' הסוכן		חתימת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/>
	תאריך		חתימת / חותמת הסוכנות <input checked="" type="checkbox"/>

