

## הצעה לביטוח - ברגע הקובע +

סוכנות	מס' הסוכן	שם הסוכן	פרטי הסוכן
--------	-----------	----------	------------

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:

<b>פרטי בעל הפוליסה</b> <input type="radio"/> <b>מבוטח</b> <input type="radio"/> <b>אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)</b> <input type="radio"/>		
שם בעל הפוליסה	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	טלפון	

<b>פרטי הפוליסה (כל הסכומים בהצעה נקובים בשי"ח)</b>	
<input type="radio"/> <b>הוראת קבע</b> <input type="radio"/> <b>כרטיס אשראי</b> <input type="radio"/> <b>רגילה (לא ניתן כאשר אופן תשלום חודשי)</b>	תאריך תחילת הביטוח <input type="radio"/> <b>חודשי (4) בהוראת קבע או כרטיס אשראי</b> <input type="radio"/> <b>רבע שנתי (3)</b> <input type="radio"/> <b>חצי שנתי (2)</b> <input type="radio"/> <b>שנתי (1)</b>
דרך גביה	אופן התשלום

<b>פרטי המבוטח השני</b>			
שם פרטי		שם משפחה	
מיקוד	עיר	מס'	רחוב
טלפון		דואר אלקטרוני	
תאריך לידה	דרכון - תעודת מסע	ת.ז.	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים		מין	
מצב משפחתי		מוסד רפואי מטפל (קופ"ח) - שם וסניף	
רופא מטפל		המקצוע	
העיסוק בפועל		העיסוק בפועל	

<b>פרטי המבוטח הראשי</b>			
שם פרטי		שם משפחה	
מיקוד	עיר	מס'	רחוב
טלפון		דואר אלקטרוני	
תאריך לידה	דרכון - תעודת מסע	ת.ז.	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים		מין	
מצב משפחתי		מוסד רפואי מטפל (קופ"ח) - שם וסניף	
רופא מטפל		המקצוע	
העיסוק בפועל		העיסוק בפועל	

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 התקשרות (בזק 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

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חיים?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בשאלון טייס	האם אתה בעל רשיון טיס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה הצעה לביטוח חייך בעבר, או האם מוגשת כעת הצעה כזאת ב"הפניקס" או בחברה אחרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש לך או היו לך פוליסות ביטוח חיים ב"הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט

← פרטי הילדים

1	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
2	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
3	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
4	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

← מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

במקרה מוות	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלוקה
					ז / ב		
					ז / ב		

← מינוי מוטבים - למבוטח השני

במקרה מוות	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלוקה
					ז / ב		
					ז / ב		

← טבלת כיסויים <sup>(1)</sup>

סוג הביטוח		מסלול א <input type="radio"/>		מסלול ב <input type="radio"/>	
מנת הביטוח	מבוטח ראשי	מבוטח ראשי	מבוטח שני	מבוטח ראשי	מבוטח שני
ריסק בפרמיה משתנה לגיל 70 (700)	150,000 ש"ח	500,000 ש"ח	402 ✓	500,000 ש"ח	762 ✓
נכות מתאונה (852)	150,000 ש"ח	500,000 ש"ח	✓	500,000 ש"ח	✓
מוות מתאונה (851)	150,000 ש"ח	500,000 ש"ח	✓	500,000 ש"ח	✓
מרפא פלטינה (523)	50,000 ש"ח	--	✓	--	--
עוד בחיים (70)	✓	✓	--	✓	--
שחרור במקרה אובדן כושר עבודה* 3 חודשי המתנה, פרמיה קבועה (827)	✓	✓	✓	✓	✓
מס' מנות מבוקש	3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/>

- \* הסכומים הנקובים לעיל הם למנת ביטוח אחת, בא סמן את מס' המנות המבוקש על פי הנקוב בכל מסלול.
- \* לתשומת לבך, המסלול הנבחר למבוטח שני חייב להיות זהה למסלול הנבחר למבוטח ראשי.
- \* מספר המנות הנרכש למבוטח שני חייב להיות זהה או קטן ממספר המנות הנרכש למבוטח ראשי.
- \* סכומי ביטוח צמודים למדד.
- \* יקנה במקרים בהם לא בחר המבוטח לרכוש פיצוי חודשי (בפרמיה משתנה).

**כיסויים נוספים לבחירת המבוטח/ת (1)**

סוג הביטוח	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילדים (2)
אובדן כושר עבודה פיזיו ושחרור לגיל _____ (אפשרי 60-67) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (828+829) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (826+827)	שכר: _____ ש"ח <input type="radio"/> סכום חודשי _____ ש"ח המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 חודשים	שכר: _____ ש"ח <input type="radio"/> סכום חודשי _____ ש"ח המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 חודשים	
האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיזיו במקרה של אובדן כושר עבודה?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	
<b>הרחבת לאובדן כושר עבודה</b> - בא לסמן קוד אחד בלבד <b>הרחבה ללא החרכת תאונות עבודה</b> <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <b>הרחבה כולל החרכת תאונות עבודה</b> <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)			
<input type="radio"/> פרצ'וזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1) <input type="radio"/> קו מהיר מורחב (896 + 897) <input type="radio"/> השתלות ועוד+סגולה מורחבת (1716+1707) <input type="radio"/> מרפא ילדים (634)			
		סכומי ביטוח	סכומי ילדים
		_____ ש"ח	(2) סכומי הביטוח הנקובים בעמודת ילדים יחולו על כל הילדים שפרטיהם מולאו בטבלת פרטי הילדים

\* הערה: במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 76

**הצהרות**

שם מבוטח ראשי	שם מבוטח שני	ת.ז.	ת.ז.
_____	_____	_____	_____
אני/ו החתומים/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי:			
(1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי 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 מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתקופה רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בקבוצת הפניקס.			
<b>לכיסויי הבריאות קו מהיר מורחב, השתלות ועוד וסגולה מורחבת:</b> <b>ידוע לי/לנו כי:</b>			
1. ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקפו או התגלו במהלך תקופת האכשרה, ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה. 2. לביטוח זה תקופת אכשרה של 90 יום. לניתוחים וטיפולים ספציפיים יש תקופות אכשרה ארוכות יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.			
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" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלתי כ"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.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

**מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה/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 החתומים/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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

**אישור תנאי קבלה מיוחדים**

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבילה 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח השני

**אישור הסוכן**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימת המבוטח
תאריך			

**הצהרת בריאות** באם יש ברשותך מידע או פירוט נוסף מעבר לשאלון שלהלן (לרבות שאלוני המשך) הנך נדרש לצרף את הפירוט בדף נפרד.

מבוטח ראשי		מבוטח שני		מבטח		מבטח		מבטח		מבטח	
מבטח ראשי : גובה		מבטח שני : גובה		משקל		משקל		מבטח ראשי : גובה		מבטח שני : גובה	
<b>לנשים:</b> האם הינך בהריון?											
האם חל שינוי <b>לא רצוני</b> של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?											
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											
מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מחלה או סיבת מוות		מחלה או סיבת מוות		מבטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מבטח שני: אם כן, בא פרט גיל	
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?											
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?											
מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה		מינון		מינון		מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה		מבוטח שני: כן - ציין תרופה	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?											
מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי		משך האשפוז		משך האשפוז		מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי		מבוטח שני: אם כן - ציין מתי	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?											
האם הינך צורך משקאות חריפים?											
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות											
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות											
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?											
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים		משך העישון בשנים		מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום	
8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפזת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.											
א. <b>מחלות לב וכלי דם:</b> הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), יתר לחץ דם, אחר?											
האם הושגל בגופך קוצב לב או סטנט?											
ב. <b>מחלות ממאירות וגידול סרטני?</b>											
ג. <b>מחלות כליות, מין ודרכי השתן:</b> 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?											
ד. <b>מחלות עור:</b> פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, מזת, ציסטות, אחר?											
ה. <b>מחלות חילוף חומרים:</b> סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות											
ו. <b>מחלות דרכי העיכול:</b> מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?											
ז. <b>מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?</b>											
ח. <b>מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות:</b> אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?											
ט. <b>מחלות מערכת החושים:</b> עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?											
מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: מיין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: מיין		שמאל		שמאל		מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: מיין		מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטריות: מיין	
י. <b>מחלות מערכת הדם / החיסון:</b> אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?											

**חתימת המבוטחים**

<input checked="" type="checkbox"/>											
תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי								
<input checked="" type="checkbox"/>											
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני								

עבור לדרך הבא

← הצהרת הבריאות (המשך)

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	א. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם עברת בדיקות או היך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות 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?
	אבחנה	תאריך
	אבחנה	תאריך
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הבדיקה היתה תקינה? אם כן - ציין סוג הבדיקה
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכוסר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?

← פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

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

← חתימת המבוטחים

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ויזה  ישראכרט  ד"ינרס  אמריקן אקספרס  אחר

תוקף הכרטיס		מס' כרטיס האשראי	
<input checked="" type="checkbox"/>			
שם בעל הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל הכרטיס	

הרשאה לחיוב חשבון

קוד בנק	קוד סניף	סוג החשבון	מס' החשבון בבנק	בנק	סניף
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			611 קוד מוסד	כתובת הסניף	
מס' ת.ד. / ח.פ.		שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		אנ"ו הח"מ	
מיקוד		עיר	מספר	רחוב	
<p>1. נתון/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לילנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיה/נוכיה לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ילנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>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.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p>					
<p><b>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</b></p>					
<input checked="" type="checkbox"/>			תאריך		
חתימת בעל החשבון					

אישור הבנק

קוד בנק	קוד סניף	סוג החשבון	מס' החשבון בבנק	לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			611 קוד מוסד	ת.ד. 2533 תל-אביב 61253	
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נבם 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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>					
<input checked="" type="checkbox"/>			שם הבנק	תאריך	
חתימה וחותמת הבנק			מספר הסניף		

סכומי ביטוח למנה אחת		
מסלול ב	מסלול א	
500,00	150,000	ריסק 1
500,000	150,000	נכות מתאונה
500,000	150,000	מוות מתאונה
-	50,000	מרפא פלטינה
+	+	עוד בחיים
+	+	שחרור 3 ח' קבוע
3	8	מס' מנות מירבי
מס' מנות הדורשות 5 - עד גיל 50 2 - מעל גיל 50		
בדיקה רפואית 3 - מעל גיל 50		

ביטוח אובדן כושר עבודה					
גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח	גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח	גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח
18	1.89	33	2.45	48	4.06
19	1.89	34	2.52	49	4.21
20	1.89	35	2.59	50	4.37
21	1.91	36	2.68	51	4.54
22	1.94	37	2.76	52	4.72
23	1.96	38	2.85	53	4.88
24	1.99	39	2.95	54	5.05
25	2.03	40	3.05	55	5.22
26	2.06	41	3.16	56	5.38
27	2.11	42	3.27	57	5.52
28	2.15	43	3.39	58	5.63
29	2.2	44	3.51	59	5.7
30	2.26	45	3.64	60	5.72
31	2.32	46	3.77		
32	2.38	47	3.91		

\* התעריפים הינם לכיסוי עד גיל 67 בפרמיה משתנה.

מסלול ב פרמיה חודשית למנה אחת				
גיל	גבר		אשה	
	לא מעשן	מעשן	לא מעשנת	מעשנת
20	119	136	105	122
21	116	133	105	122
22	114	131	105	122
23	112	128	105	122
24	110	127	105	122
25	108	125	105	122
26	107	124	105	122
27	106	123	106	122
28	106	122	106	122
29	106	122	106	122
30	106	123	106	122
31	106	124	106	122
32	106	127	106	122
33	106	129	106	123
34	107	132	106	123
35	109	137	106	125
36	110	142	106	127
37	114	149	106	129
38	117	157	107	133
39	121	167	109	138
40	127	179	111	142
41	136	196	118	153
42	142	210	121	160
43	149	226	125	170
44	157	245	129	179
45	165	266	134	191
46	176	288	140	205
47	187	313	146	221
48	201	343	154	239
49	216	374	162	259
50	233	410	173	280
51	250	446	184	305
52	270	485	197	333
53	292	527	211	363
54	316	572	227	397
55	344	619	244	431
56	378	679	265	473
57	415	744	287	519
58	573	814	316	569
59	505	809	345	622
60	558	970	379	681

מסלול א פרמיה חודשית למנה אחת				
גיל	גבר		אשה	
	לא מעשן	מעשן	לא מעשנת	מעשנת
20	40	46	36	41
21	40	46	36	42
22	40	46	36	42
23	39	45	37	42
24	39	45	37	43
25	39	46	38	43
26	39	46	38	44
27	39	46	39	45
28	40	47	39	46
29	40	48	40	47
30	41	49	41	40
31	42	51	42	49
32	43	53	43	50
33	44	55	45	52
34	45	59	46	54
35	47	63	47	56
36	49	67	49	59
37	52	73	51	62
38	55	80	53	65
39	59	87	56	69
40	64	96	59	74
41	71	100	64	80
42	76	120	68	87
43	83	133	73	94
44	90	148	78	102
45	99	165	83	111
46	108	188	89	121
47	119	208	96	133
48	130	226	103	145
49	142	250	111	159
50	156	277	120	175
51	170	306	129	192
52	186	337	139	211
53	204	371	151	232
54	223	407	163	255
55	244	447	176	279
56	268	490	191	306
57	294	534	208	335
58	323	587	227	367
59	354	640	247	401
60	307	695	268	436

- הפרמיה החודשית לבת/בת זוג היא זו המופיעה בטבלה הנ"ל בתוספת 2.60 ש"ח לכל 100,000 ש"ח סכום ביטוח.
- הפרמיות הינן עפ"י מדד 10572 נק'.
- הפרמיה הסופית תיקבע לאחר מעבר חיתום.