

הצעה לביטוח חיים על פי סעיף המשכיות בפוליסה קבוצתית

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

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: מבוטח אחר (בא למלא את הפרטים בטבלה)

שם בעל הפוליסה	ת.ז.	ס"ב
תאריך לידה		
כתובת	טלפון	
<input type="radio"/> 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		

← פרטי המבוטח השני

שם פרטי	שם משפחה	ס"ב
תאריך לידה	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 <input type="radio"/> ילדים	מין	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים	
כתובת הסניף	מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוככים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		

← פרטי המבוטח הראשי

שם פרטי	שם משפחה	ס"ב
תאריך לידה	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 <input type="radio"/> ילדים	מין	המצב המשפחתי
הרופא המטפל	קופת חולים	
כתובת הסניף	מקצוע	עיסוק
תחביבים מסוככים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

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 (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. בא סמן לא כן

← מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
אחר	ס"ב			ז / ב		

← מינוי מוטבים - למבוטח השני

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
מוות	ס"ב			ז / ב		
אחר	ס"ב			ז / ב		

האם אתה מעשן או עישנת בעבר?

כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מבוטח ראשי: אם כן ציין משך העישון בשנים	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מבוטח שני: אם כן ציין משך העישון בשנים	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)

לידיעתך: "לא מעשן" הוא מי שלא עישן בחמש השנים האחרונות טרם החתימה על טופס זה.

ביטוח יסודי

ריסק 1 (510) ש"ח _____ ריסק 5 (403) ש"ח _____

תאריך התחלת הביטוח: 0 | 1 | 2 | 0

ביטוחים נוספים	מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input type="radio"/> סוג הכיסוי		
<input type="radio"/> ריסק משתנה מדי שנה		ש"ח (512)
<input type="radio"/> מוות מתאונה	ש"ח (909)	ש"ח (909)
<input type="radio"/> נכות מתאונה	ש"ח (52)	ש"ח (52)
<input type="radio"/> עוד בחיים (70)	ש"ח	ש"ח

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____	<input type="radio"/> פיצוי חודשי לגיל _____ (אפשרי 60-67)* ש"ח לחודש _____
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) תקופת המתנה 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה קבועה (826, 827) תקופת המתנה 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) תקופת המתנה 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> ביטוח נוסף בפרמיה משתנה (828, 829) תקופת המתנה 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)	<input type="radio"/> שחרור בלבד <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (827) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (829)
<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	<input type="radio"/> האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח
<p>הרחבות לאובדן כושר עבודה</p> <p>נא לסמן קוד אחד בלבד</p> <p>הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8) <input type="radio"/></p> <p>הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7) <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> פרנצ'יזה - תשלום נוסף בגין חודשיים <input type="radio"/> שכר החודשי _____</p>	

* הערה: במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67.

לתשומת לב, הצהרת בריאות אשר נחתמה, אם נחתמה, בעת עריכת ביטוח חיים קבוצתי, תשמש את החברה בעת הגשת תביעה לרבות ויתור על סודיות רפואית.

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

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

- הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים 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 בתחביביי שיחול במשך תקופת הביטוח.
- אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכם הביטוח המטפל.

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



שם בעל הכרטיס	ת.ד.	תוקף הכרטיס עד	מס' הכרטיס	חתימת בעל/ת הכרטיס
---------------	------	----------------	------------	--------------------

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד	בנק	סניף	מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
		611		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		
		קוד מוסד				
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		מס' זהות/ח.פ. של בעל החשבון				
1. אב/ו הח'מ	כתובת		רחוב	מספר	עיר	מיקוד
<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו ה"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>2. ידוע לי/לנו כי:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".</p> <p>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.</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 להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו 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>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 בעל/י החשבון			

אישור הבנק

לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ		מספר החשבון בבנק		סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק
		611		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)			
		קוד מוסד					
ת.ד. 25333		תל-אביב 61253					
<p>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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו לפי כתב השיטוי שנחתם על-ידכם.</p>							
תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחומת הבנק				