

קוד מסמך 2451

חתימת תאריך קבלה בחברה
------------------------

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח
---------------------------

קוד מסמך: 2451

**הצעה לביטוח תאונות אישיות משפחתי**

פרטי הסוכן					
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	שם נציג מכירות הפניקס	מס' צוות	מס' הצעה

פרטי בעל הפוליסה - במקרה של רכישת ביטוח עבור קטינים בלבד (חובה למלא פרטים מטה)					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	

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

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	מ.משפחתי	ת.לידה	קופ"ח	שב"ן (ביטוח משלים)	עיסוק	תחביבים מסוכנים**	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	חובה למלא עבור כל מועמד בגיר*
												אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן) אפשרות אחת בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף
												רחוב
												מספר בית
												שוב
												מיקוד

**\* פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר**

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר 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). בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, 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.

תאריך												
חתימה	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\*\* תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, טייס, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות, נא למלא שאלון בהתאם.

**שאלון ביטוחים קיימים ובחינת הצורך בהשוואת ביטוחים (מתן הרשאה לשימוש באתר "הר הביטוח")**

כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך: (מועמדים בגירים מגיל 18)

שם המועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
			X
			X
			X
			X

מייפה/ים את כוחה של הפניקס חברה לביטוח בע"מ/שם סוכן הביטוח \_\_\_\_\_ בהרשאת שימוש פרטנית לבצע חיפוש על שמי ו/או ילדיי הקטנים באתר האינטרנט של רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון לאיתור מוצרי הביטוח (אתר הר הביטוח). ההרשאה תהא מוגבלת עד 5 ימי עבודה בלבד ממועד זה.

אני \_\_\_\_\_ החתום מטה סמספר רישיון סוכן / ת.ז. / ס.ח.פ. גורם משווק: \_\_\_\_\_ מתחייב:

1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד. 2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הגורם המשווק: X \_\_\_\_\_

**המועמדים לביטוח (סמן את כל האפשרויות הרלוונטיות):**

מסר/ו	<input type="checkbox"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="checkbox"/> מידע מאתר "הר הביטוח" מעיון עצמאי באתר.	<input type="checkbox"/> מידע אחר אודות מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/ם.
סרב/ו	<input type="checkbox"/> הרשאת שימוש באתר "הר הביטוח"	<input type="checkbox"/> למסור מידע בדבר מוצרי הביטוח הקיימים ברשות/תם.	

\*בשיווק יזום קיימת חובה, כחלק מהתאמת הצרכים, לעיין באתר "הר הביטוח" (באמצעות הרשאה ו/או עיון עצמאי מצד המועמד לביטוח) או לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח הקיימים אצל המועמד לביטוח.

**מעיון באתר הר הביטוח ו/או מתשאל המועמד לביטוח נמצא כי למועמד לביטוח:**
 יש פוליסות בריאות רלוונטיות תקפות (במידה יש פרט מטה)  לא אותרו פוליסות ביטוח רלוונטיות.

פירוט (בסיס/נוספת/כתב שירות מסוג): \_\_\_\_\_ (בפוליסות פיצוי אנא פרט) בסכומי פיצוי ע"ס: \_\_\_\_\_

**אנא סמן את האפשרות הרלוונטית לגבי הפוליסה הקיימת:**

<input type="checkbox"/> להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה הקיימת (בפוליסות פיצוי בלבד).	<input type="checkbox"/> להותיר את הפוליסה הקיימת ללא שינוי.	<input type="checkbox"/> להקטין את היקף הכיסוי / סכום הביטוח בפוליסה הקיימת.	<input type="checkbox"/> לבטל את הפוליסה הקיימת
תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של מקרה ביטוח זהה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות לפי סכומי הביטוח. דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספת והקיימת.	מסמך השוואה בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת.	במידה ונקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, יכלול תהליך ההתאמה, לכל הפחות, השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.	אופן הגשת הביטוח: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס" <input type="checkbox"/> באופן עצמאי <b>לביטול באמצעות "הפניקס" או סוכן הביטוח - יש לצרף הודעת ביטול מלאה - נספח ג' (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה*.</b>

\* 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.

**הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותיי יישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור 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 שהסכמה זו הינה רשות ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

<input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים <b>נא סמן את בחירתך:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	

**הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**

הנני 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 או 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 המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד _____)

**אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X:

מועמד ראשי  
  מועמד שני  
  מועמד שלישי  
  מועמד רביעי  
  מועמד חמישי  
  מועמד שישי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. תוכל לשנות את החלטתך בכל עת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il או באמצעות טלפון: 074-7311155.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד _____)

**מינוי מוטבים למקרה מוות** ככל שלא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים של המועמד על פי דין.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת. לידה	מין	קרבה	אחוזים
מועמד ראשון				20	נ	
				20	נ	
מועמד שני				20	נ	
				20	נ	
מועמד שלישי				20	נ	
				20	נ	
מועמד רביעי				20	נ	
				20	נ	
מועמד חמישי				20	נ	
				20	נ	
מועמד שישי				20	נ	
				20	נ	

**ביטוח תאונות אישיות - ביטול חריגים**

מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד שישי
כן	לא	כן	לא	כן	לא
<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 והינך משתמש ברכב דו גלגלי ממנוע, האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג דו גלגלי ממנוע?  
 \*טכני: קוד הרחבה 305

במידה והנך עוסק/ת בספורט אתגרי, האם הינך מעוניין/ת בביטול חריג ספורט אתגרי?  
 \*טכני: קוד הרחבה 306

\*לרכישת שני החריגים יחד יש לקלוט קוד הרחבה 307

**תאונות אישיות (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה)**

(8829) כיסוי תאונות אישיות למועמד ראשון לביטוח בסכום ביטוח של: \_\_\_\_\_ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 500,000 ש"ח)

(8822) כיסוי תאונות אישיות למועמד שני לביטוח בסכום ביטוח של: \_\_\_\_\_ (מינימום 50,000 ש"ח בכפולות של 10,000 ש"ח ועד מקסימום 500,000 ש"ח)

(8822) כיסוי תאונות אישיות \_\_\_\_\_ בפוליסת הורים בסכום ביטוח של: \_\_\_\_\_ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח)

(8822) כיסוי תאונות אישיות \_\_\_\_\_ בפוליסת הורים בסכום ביטוח של: \_\_\_\_\_ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח)

(8823) כיסוי תאונות אישיות למועמד מתחת לגיל 18 בפוליסה עצמאית (הורה בעל הפוליסה) בסכום ביטוח של: \_\_\_\_\_ (מינימום 50,000, מקסימום 250,000 ש"ח)

**הרחבות לפוליסת תאונות אישיות (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה)**

(3822) הרחבה לתאונות אישיות  מועמד ראשון  מועמד שני  מועמד שלישי  מועמד רביעי  מועמד חמישי  מועמד שישי

(6987) כתב שירות "ספורטיבי"  מועמד ראשון  מועמד שני  מועמד שלישי  מועמד רביעי  מועמד חמישי  מועמד שישי

פיצוי שבועי בגין נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה (אופציונאלי למועמדים בגילאים 60-21) (פרמיה קבועה צמודת מדד הפוליסה)	
מועמד ראשון	<input type="radio"/> (8724) - מסלול 52 שב' <input type="radio"/> (8728) - מסלול 104 שב'
מועמד שני	<input type="radio"/> (8724) - מסלול 52 שב' <input type="radio"/> (8728) - מסלול 104 שב'
ש"ח (לא יותר מ- 1,000 ש"ח לשבוע) <input type="text" value="ב.0"/>	

הצהרת בריאות לתאונות אישיות/פיצוי שבועי מתאונה											
עבור פיצוי שבועי מתאונה ומחלה יש למלא הצהרת בריאות מלאה בנוסף.											
- במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.											
מועמד ראשון	מועמד שני	מועמד שלישי	מועמד רביעי	מועמד חמישי	מועמד ששי						
כן	לא	כן	לא	כן	לא						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם את/ה סובלת/מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס, אוסטאופניה)?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם הנך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם יש לך נכות קיימת (לרבות ממחלה, כגון אך לא רק: מחלת לב, סוכרת), קבועה או זמנית ו/או האם הינך (או היית בעבר) בתהליכי תביעה בנושא רפואי או פציעה, כנגד גורם כלשהו, בחמש השנים האחרונות (יש למלא שאלון נוסף).					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם הוגשה בשלוש השנים האחרונות ו/או נידונה כיום ו/או בדעתך להגיש תביעה בנושא תאונות ו/או נכות ו/או אובדן כושר עבודה, לגורם כלשהו, לרבות חברות ביטוח, ביטוח לאומי וכדומה? (אם התשובה חיובית - נא פרט).					
הצהרה נוספת עבור פיצוי שבועי מתאונה											
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם נעדרת מעבודתך עקב מצב בריאות למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? <b>אם כן, פרט (בטבלת הערות)</b>					

רשימת שאלוני המשך
בשאלות ובליקויים הבאים יש למלא שאלון המשך
4- נכויות/פציעות, 7- שאלון עישון/סמים ושתייה, 9.1- מחלות לב ויתר לחץ דם, 9.3- דרכי העיכול, 9.4- סוכרת, 9.7- גב, עמוד השדרה, פרקים, ארטריטיס, ראומטיזם, 9.7- בריחת סידן-יש להמציא בדיקת צפיפות עצמות אחרונה 9.8- דרכי הנשימה, 9.10- גידולים, מחלות ממאירות-סרטן, לוקמיה.

פירוט ממצאים חיוביים			
שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא
			סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

חתימות				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
				X
				X
				X

**הצהרות**

אני/החמות/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/מצהיר/ים, מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כדלקמן: 1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", 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 בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. 5. תשובתי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות בקבוצת הפניקס. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ית. 7. 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 והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. 8. **התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח:** הריני לאשר כי בוצע על ידי סוכן הביטוח שלי התאמת הביטוח המוצע לצרכיי. הסוכן מסר לי מידע הכולל, לכל הפחות, את הפרטים הבאים ("מידע מהותי"): תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים, כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח. במידה והיו לי ביטוחים קיימים הרלוונטיים לביטוח המבוקש, הריני לאשר כי פורטו בפניי כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המבוקש וכי ככל שמסמך השוואה הנו גם תלוי החיתום הרפואי במסגרת הביטוח המבוקש, ידוע לי כי עליו לקבל העתק גם מתנאים אלו כחלק מתהליך ההתאמה. אישור לתנאי החיתום לביטוח המבוקש, ככל שיאושרו על ידי, יהוו אישור להתאמת הביטוח לצרכיי, לרבות תנאי הביטוח המבוקש למול ביטוחים רלוונטיים קיימים אחרים שברשותי.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד)						

**ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסייה וגמל בע"מ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים הנדרשים צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", 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, מחלותיי כנ"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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

שם+חותמת עד שהינו סוכן ביטוח:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד)						

**אישור הסוכן**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, סוכן/ת הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר/ת ומצהיר/ת בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד לביטוח. כמו כן, המועמד/ים אישרו כי הבינו את פרטי תוכנית הביטוח וסניגיה, את ההצהרות לעיל, וכן נתנו את רשותם לגבות 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 ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח כל הביטוח לעניין צירוף לביטוח לרבות פניה לאתר "הר הביטוח", לכל הפחות והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/הם.

**הצהרת הסוכן בצירוף לפוליסת תאונות אישיות -** הרני מצהיר כי כל פעולות הצירוף של המועמד/ים לביטוח בוצעו על ידי. הרני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בגין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.

<input checked="" type="checkbox"/>									
תאריך	חתימת הסוכן								

**במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציינה בטבלה שלהלן:**

קוד הנחה (ככל שידוע)	משך ההנחה (יש לציין בשנים או בחודשים)	גובה הנחה	תכנית ביטוח

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
---------	----------	------	-------------------	-------------

**הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום ת.ז של מורשה חתימה**

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
שם רחוב (כתובת) מספר בית יישוב מיקוד						
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים 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**

<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר	תאריך
מס' כרטיס האשראי	תוקף
שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס
מס' ת.ז.	חתימת בעל הכרטיס

הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסויים 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	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	6 1 1

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.**

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")
2	<b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> 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). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. 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. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציא/ני/ו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3	<b>פרטי הרשאה</b> סכום החיוב ומועד 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. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	תאריך _____ חתימת הבנק _____ חתימת בעל החשבון _____

**אישור הסוכן/ת**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.	תאריך _____ שם הסוכן/הסוכנת _____ מס' הסוכן/הסוכנת _____ חתימה + חותמת סוכנות _____
--	---

\*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.