

706 קוד מסמך **בקשה לצירוף תינוק לפוליסת בריאות**

פרטי סוכן/יועץ			
תאריך מבוקש לתחילת הביטוח			
* יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שיצוין בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' פוליסה

מבוטחים קיימים בפניקס בעלי נספח תנאים כלליים החל משנת 2014 (5194/6194/6195) או בעלי כיסוי "מחלקה ראשונה" (נספח 1962) או בעלי נספח תנאים כלליים משנת 2016 ואלך ולאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים (נספח 5400/5420) זכאים לצרף לפוליסת בריאות תינוק תוך 60 יום ממועד הלידה - ללא הצהרת בריאות וללא דוח אפגור. מובהר כי תינוק רשאי להצטרף לכיסויים זהים המשווקים כיום בחברה התקפים בפוליסת ההורה המבטח.

פרטי המועמדים לביטוח
אני/אנו החתומים מטה, מעומדים/לבעלות על הפוליסה ומשמשים כאפטרופוס טבעי של הילדים ששמותיהם מפורטים מטה פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "הפניקס") בהצעה לצרפם לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

מועמד לביטוח	שם משפחה	שם פרטי	קופ"ח	תעודת זהות	מין	שב"ן	תאריך לידה
בעל פוליסה/ הורה ראשון					נ	020	7000
הורה שני					נ	020	7000
תינוק 1					נ	020	7000
תינוק 2					נ	020	7000

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
בעל פוליסה					
<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל					

*בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף

ככל שלא תבחר את 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).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - 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 הזדעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

פרטי מוטבים
ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה)

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 ואו 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 שישינם ברשותי בקבוצה.

X	חתימת בעל הפוליסה
----------	-------------------

אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז 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 ילד ראשון ילד שני ילד שלישי ילד רביעי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמוע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

X	חתימת בעל הפוליסה
----------	-------------------

הוצאות רפואיות - (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות) חובה לרכוש עבור כל מבטח תכנית בסיס אחת				
יש לסמן X בתכנית/ חבילה הנבחרת עבור כל מועמד בנפרד.	סוג תכנית	גילאי כניסה	תינוק 1	תינוק 2
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (9019/9018)	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (9324)	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות שאינן בסל הבריאות- סל הזהב (9743/9744)	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות אקסטרה 2016 (לבעלי כיסוי סל הזהב בלבד) (9742)	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל (9723/9722)	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות (9986)	נוספת	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ייעוץ, אבחון וטיפול בנושא התפתחות הילד (8329)	נוספת	0-20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתב שירות אבחנה מהירה (8985)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתב שירות רופא אישי (9987)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתב שירות רופא מומחה בקליק (8886)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתב שירות לא לבד (9004)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתב שירות רפואה משלימה (9342)	נוספת	ללא הגבלה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם בהשתתפות עצמית של 3000 ש"ח (צמוד מדד) וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- ניתוחים משתלם פלוס (9020)	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- משלים שב"ן (9017)	בסיס	0-70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

הנחות - במידה וניתנה הנחה בפוליסה יש לציין בטבלה שלהלן: ההנחה הינה למצטרפים חדשים בלבד ובכפוף לאישור החברה.							
תכנית ביטוח	שנה א'	שנה ב'	שנה ג'	שנה ד'	שנה ה'	שנה ו'	קוד הנחה (ככל שידוע)
							אחר

הליך התאמת צרכים		
<p>הרני לאשר כי: (אנא סמן)</p> <p><input type="radio"/> בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות ונוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו נקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, הנני לאשר כי בוצעה לי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.</p> <p><input type="radio"/> נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.</p> <p><input type="radio"/> נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את 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.</p>		
שאלון בטוחים קיימים	תינוק 1	תינוק 2
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
להותיר את הפוליסה ללא שינוי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
לבטל את הפוליסה הקיימת**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח** <input type="radio"/> באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"** <input type="radio"/> באופן עצמאי		
<p>** יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל) וחתומה, בלעדיה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה. 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 בנינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.</p>		
X		
חתימת בעל הפוליסה		

הצהרות המועמד לביטוח

הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן.

ככל שהמבוטח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:

ידוע לי שחברות/נו במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/על ההצהרה בשמם כאפוסטרופוס/טבעי/ת.

נילוי נאות - למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

- הכיסוי בנין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בנין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). (כלומר, המבטח ישלם את העד הפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת על לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בנין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה דמי הביטוח בנין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בנין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון'(תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ברות ביטוח - בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמבוטח לא רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדילקמן:

הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח

הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
- הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוסטרופוס טבעי.
- 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 והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ בסיס אחרת. ידוע לי שככל שביקשתי במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכלולת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש יחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות בסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- לתוכנית מסוג הוצאות רפואיות - תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה נעשה ביום 1.6.2020 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י הפניקס במועד החידוש.**
- הריני לאשר כי הוצג בפניי דמי הביטוח בנין תוכניות הביטוח. הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.
- ויתור על סודיות רפואית -** אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח 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 חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, "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 מרופאיכם 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 כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס" 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. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
- סכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת - הנני לא מסכים מסכים** כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר 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 שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

X	
	חתימת בעל הפוליסה

אישור הסוכן

אני הח"מ סוכן 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 המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, 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

ביצעתי למועמדים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעת לו ובמקרה בו היו לו ביטוחים קיימים רלוונטיים אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות, ונוכח זאת הצעתי לו את הביטוח המוצע התואם לצרכיו. במקרה בו נקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, הנני לאשר כי ביצעתי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.

הריני לאשר כי:

מסרתי למועמד לביטוח העתק של מסמך התאמת הצרכים.

מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולותיהם.

הצהרת הסוכן בעת מילוי הוראת קבע כאמצעי תשלום - הנני מאשרת בזה כי במועד חתימת טופס הצעה זה הופיע בפניי בעל החשבון (הגורם המשלם בפוליסה) אשר זיהה עצמו בפניי באמצעות ת.ז או רישיון נהיגה ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפניי.

הריני לאשר בזאת כי במעמד ההצעה הוצגה בפני המועמד דמי הביטוח בנין כל אחת מהתוכניות (כחבילה ובנפרד) המבוקשת בהצעה זו ואת המידע המהותי הנדרש ו/או הגילוי הנאות הכולל את המידע המהותי.

X			
	חתימת הסוכן	ת.ז.	שם הסוכן
X			
	חתימת הסוכן		תאריך

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
הצהרת משלם חריג				
שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	ר.ת. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)
שם רחוב (כתובת)		מספר בית	ישוב	מיקוד
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטחים 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"/> ישראכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר				
תאריך				
X	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 וכיסיים 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	611			שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
("הבנק")						
<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____						
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.						

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")		
<p>שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</p> <p>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).</p> <p>כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.</p> <p>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.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ים 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 ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p> <p>ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.</p> <p>ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.</p> <p>ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.</p> <p>ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p>		
<p>פרטי ההרשאה</p> <p>סכום החיוב ומועדו 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.</p> <p>אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.</p>		
<table border="0"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	X	X
X	X	