

**הצעה לביטוח בריאות ומחלות קשות** קוד מסמך 2790

<b>פרטי סוכן</b>			
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 / מנהל עיסקי	מס' הצעה

**פרטי המועמדים לביטוח**

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	עיסוק	קופ"ח	מין	משפחתי מצב	שב"ן	תאריך לידה
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	מועמד ראשון/ בעל פוליסה
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	מועמד שני
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד ראשון
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד שני
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד שלישי
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> א <input type="radio"/> א	<input type="radio"/> כ <input type="radio"/> ל	ילד רביעי

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
מועמד ראשון/ בעל פוליסה					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל
מועמד שני					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל
ילד בוגר - שם:					<input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> דואר ישראל

\*\* בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף, ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חזר 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 הודעה 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**

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 שישנם ברשותי בקבוצה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

**אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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  ילד ראשון  ילד שני  ילד שלישי  ילד רביעי

**לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז 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 במרכז 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 במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

**הליך התאמת צרכים**

**הרני לאשר כי: (אנא סמן)**

בוצע לי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פרטו בפניי 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 ונכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכיי. במקרה בו יקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי, כי תבוצע עבורי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת, אותה אדרש לאשר טרם הצטרפתי לביטוח.

נמסר לי העתק של מסמך התאמת הצרכים.

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, חריגים לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר רפואי קודם, ככל שקיימות בתכניות הביטוח.

**שאלון בטוחים קיימים**

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
<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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה**

**במידה וקיים**

<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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**במידה ומעוניינים לבטל - אופן הגשת הביטול**

באמצעות סוכן הביטוח\*\*  באמצעות חברת הביטוח "הפניקס"\*\*\*  באופן עצמאי

\* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתכנית הביטוח הקיימת שברשותך. במקרה של ביטוח זה יתקבלו תגמולי הביטוח מכל אחת מהתכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח יגבו מכל אחת מהפוליסות- הנוספת והקיימת.

\*\* יש לצרף את נספח ג' - הודעת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל), 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 בגינה. ככל וחברת הביטוח אשר התבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל הפניקס לבירור הנושא.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

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

מחלות קשות (פרמיה משתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובגילוי נאות) סכום ביטוח מינימלי 50,000 ש"ח מקסימלי 600,000 ש"ח במצטבר במסלולי מחלות קשות								
יש לציין סכום ביטוח המבוקש עבור כל מועמד לביטוח בנפרד	סוג תכנית	גילאי כניסה	מועמד ראשון	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
מרפא (8544, 8543, 8542)	בסיס	0-64	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
מרפא סרטן (9831)	בסיס	0-64	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח

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

**הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)**

מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.  
במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.  
תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.

1. פרטים כלליים											
שם המועמד לביטוח											
למילוי מגיל 16											
גובה (בס"מ)											
משקל											
2. שאלון מבוא כללי											
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
2.1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? נא ציין כמות סיגריות ליום											
<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"/>
2.2 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?											
<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"/>
2.3 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/ אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך 2.1-2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)											
<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"/>
2.3.1 סרטן											
<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"/>
2.3.2 סכרת סוג 1											
<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"/>
2.3.3 סכרת סוג 2											
<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"/>
2.3.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון											
<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"/>
2.3.5 לב											
<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"/>
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?											
3.1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? (9)*											
<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"/>
3.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון? אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים בחמש השנים האחרונות, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?											
<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"/>
3.3 מחלות מערכת העיכול לרבות, ושט, תרסיריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? (6)*											
<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"/>
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תיוראיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? (1)*											
<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"/>
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאפטרויות?											
<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"/>
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון לרבות, דום נשימה?											
<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"/>
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד לרבות, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? (2)*(3)*											
<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"/>
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? (4)*											
<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"/>
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות לרבות, דרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?											
<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"/>
3.10 מחלה ממארת (סרטן) לרבות, גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? (7)*											
<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"/>
3.11 מחלות מערכת הדם לרבות, הפרעות בקרישת הדם כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?											
<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"/>
3.12 מחלות ותופעות בעור לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?											
<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"/>
3.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות, נשאות נגיף האיידס HIV?											
<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"/>

המשך הצהרת בריאות												
ילד רביעי		ילד שלישי		ילד שני		ילד ראשון		מועמד שני		מועמד ראשון		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.14 מחלות נפש לרבות, מחלת נפש ו/או בעיה נפשית שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? (8)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון, אשך טמיר? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: לרבות, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.16 בקע/הרניה לרבות, מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.17 ילדים עד גיל-3 אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.
4. שאלות נוספות												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2 האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות, ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר בעשר שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3 האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.4 האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה?

(\*) - בעת מתן מענה חיובי, נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר המצוין בסוגריים.  
בנוסף, בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד	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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר	תאריך

← הצהרות המועמד לביטוח

הצהרת המועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

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

ידוע לי שחברותינו/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/ת על ההצהרה בשמם כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת.

גילוי נאות – למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן

א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) (כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה).

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מזמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

ג. 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 כדלקמן:

הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.

← הצהרות נוספות

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

1. 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.

2. 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.

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 שחווה הביטוח כנכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.

5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוסטרופוס טבעי.

6. 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.

7. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/בסיס אחרת. ידוע לי שככל שביקשתי במסגרת טופס ההצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת 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 שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות בסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.

8. לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות: תקופת הביטוח הינה נקובה 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.

9. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח/נותנת/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 אקסלוספנסיה וגמל בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישום 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 לכ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

10. ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, ידוע לי ואני מאשר כי במקום בו אי אפשר לצרף את כל המועמדים לביטוח שכן, חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

11. הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת - הנני ○ לא מסכים ○ מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למצרים 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	X	X
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

← אישור הסוכן

אני הח"מ סוכן הביטוח של המבוטח הנ"ל מאשר ומצהיר בזאת כי שאלתי את כל השאלות המופיעות בטופס זה והתשובות הינן אלו שניתנו באופן מלא ע"י המועמד/ים לביטוח. כמו כן, המועמד/ים 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 למועמד/ים לביטוח הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פירטתי בפניו את כל הנושאים הנדרשים לו להשוואה בין הביטוחים שהצעתיו 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 יקבעו למועמד לביטוח חחרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, ידוע לי כי עלי לבצע גם השוואה בין ההחרגות שנקבעו לו בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת ולקבל את אישורו טרם הצטרפותו לביטוח.

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 - אני מאשר 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.

X	T.ז.	שם סוכן	תאריך
חתימת הסוכן	T.ז.	שם סוכן	תאריך

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

**הצהרת משלם חריג**

שם פרטי	שם משפחה	זיקה	שם העסק	מס' ת.ז.
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 ("הבנק")	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

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. _____ ("הלקוחות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקשים/ים בזה להקים בחשבוני/נו הר"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).
2	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 ע"י הוראת כל דין. 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 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.
	<b>פרטי ההרשאה</b> 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.
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	תאריך _____ חתימת הבנק _____ חתימת בעל החשבון _____