

הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה - משכנתא נטו

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

פרטי הסוכן				
שם פרטי	שם משפחה	שם המפקח	מס' הסוכן	מס' פוליסה
שם פרטי	שם משפחה	שם המפקח	מס' הסוכן	מס' פוליסה

לא לשכוח לצרף! טופס מחולל הצעות טופס בנק (לפי הרשימה)

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 <input checked="" type="checkbox"/> מבוטח ראשי				
אופן הגבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע	<input type="radio"/> כרטיס אשראי	אופן התשלום	<input type="radio"/> חודשי
תאריך תחילת הביטוח				

פרטי המבוטח השני		פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה
תאריך לידה	ת.ז.	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"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
מין	מצב משפחתי	מין	מצב משפחתי
קופת חולים	הרופא המטפל	קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף		כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב	מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
הבני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי 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 <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו התצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות פוליסות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

הפקה במסלול ירוק להלוואות חדשות בלבד (הפוליסה תימסר ע"י הלקוח בקבלת המשכנתא)

← סכומי ביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)

פרטי הלוואה	הלוואה מס' 1	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 4
מספר הלוואה (מומלץ)				
סכום לביטוח (לפי המחולל)				
תקופת הביטוח (מס' שנים שנתרו עד לתום המשכנתא)				
שיעור הריבית השנתית ומסלול הריבית	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %
תאריך סיום הלוואה				

* בהלוואות במסלול ריבית משתנה, ריבית פריים, ריבית ליבור וכיו"ב תקבע בפוליסה ריבית מינימום בשיעור 6% או כל ריבית אחרת שתקבע החברה, במועד ההפקה.

← מסלול הביטוח

- ביטוח משכנתא בפרמיה קבועה (יסודי - 516, נוסף - 536)
- ביטוח משכנתא בפרמיה משתנה (יסודי - 628, נוסף - 629)

← סכומי ביטוח קבועים לכיסוי הלוואות בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף (בולט, בלון, קרן עומדת, גרייס וכיו"ב)

ריסק 1 (015) ש"ח _____ לתקופה של _____ שנים עבור מספר הלוואה _____

← פרטי הבנק (במידה וקיים יותר מבנק אחד יש למלא טבלה נוספת)

שם המלווה - המוטב הבלתי חוזר	מס' סניף / שם הסניף
------------------------------	---------------------

ביטוח מבנה

← הצעה לביטוח מבנה בתנאי משכנתא

פרטי המבוטח	שם המציע	ת.ד.
פרטי הביטוח	מס' תאריך	מתחדשת מדי שנה בתנאים שסוכם לתקופה של _____ שנים
תאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת	שטח הדירה
שירות מקי מים	הדירה נמצאת בקומה _____ מתוך _____ קומות	מ"ר
נסיון ביטוח ומקיים	הבנין בנוי מ: _____ גבו עשוי מ: _____ משמש ל _____	
<input checked="" type="checkbox"/> ניתן ע"י נותן השירות מטעם המבטח <input type="checkbox"/> בחירת שירות ע"י המבוטח (תחוייב בתוספת פרמיה)		

← פרטי בנק / חברה המשעבד

1. ש"ח	2. ש"ח	ש"ח
שעבוד לטובת	סכום השעבוד	סכום השעבוד
ש"ח	ש"ח	ש"ח
סכום השעבוד	שעבוד לטובת	סכום השעבוד

הפוליסה מיועדת לתקופת הלוואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מידי שנה בהתאם. הרשות בידי המבטח להודיע טרם כל חידוש על רצונו לשנות תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח

← מינוי מוטבים

למבוטח הראשי							
במות המבוטח	שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למבוטח השני							
במות המבוטח	שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים

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

הנבי מצהיר אודות מצב בריאתי כדלקמן		מבוסס ראשי		מבוסס שני	
1. מבוסס ראשי : גובה		משקל	מבוסס שני : גובה		משקל
לנשים: האם הינך בהריון?					
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
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					
מבוסס ראשי: אם כן, בא פרט גיל		קירבה	מחלה או סיבת מוות		מבוסס שני: אם כן, בא פרט גיל
מבוסס שני: אם כן, בא פרט גיל		קירבה	מחלה או סיבת מוות		
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?					
מבוסס ראשי: כן - ציין תרופה		מינון	תרופה	מבוסס שני: כן - ציין תרופה	
מבוסס שני: כן - ציין תרופה		מינון	תרופה	מבוסס שני: כן - ציין תרופה	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?					
מבוסס ראשי: אם כן - ציין מתי		משך האשפוז	סיבת האשפוז / הניתוח		מבוסס שני: אם כן - ציין מתי
מבוסס שני: אם כן - ציין מתי		משך האשפוז	סיבת האשפוז / הניתוח		
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?					
האם הינך צורך משקאות חריפים?					
מבוסס ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות					
מבוסס שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות					
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?					
מבוסס ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)		מבוסס שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום
מבוסס שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום		משך העישון בשנים	מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)		
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. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבозה), יתר לחץ דם, אחר?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?					
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני?					
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, זחזח, ציסטות, אחר?					
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (EMF), צימת (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרביה), אחר?					
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?					
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
מבוסס ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: ימין _____ שמאל _____					
מבוסס שני: אם הנך מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: ימין _____ שמאל _____					
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?					
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	

חתימת המבוססים

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

עבור לוף הבא

← הצהרת הבריאות (המשך)

○ לא	○ כן	○ לא	○ כן	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?
○ לא	○ כן	○ לא	○ כן	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
○ לא	○ כן	○ לא	○ כן	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')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
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	2. גב ועמוד השדרה	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	4. דרכי הנשימה	5. נכויות/פציעות	6. דרכי העיכול	7. גידולים	8. בעיות נפשיות	9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי
----------	-------------------	--------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

← חתימת המבוטחים

תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח השני

יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים | מבנה

לכבוד	בנק	סניף	כתובת
הנדון: יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים מבנה			
1. אני החתום מטה מבטח *בביטוח חיים/מבנה אצלכם/בחברת ביטוח _____ בגין הלוואת משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.			
2. הריני מבקש לבטל את *ביטוח חיים/מבנה ביום _____			
3. אבקש להפסיק את הגביה בגין הפוליסה שביטולה התבקש ביום הביטול.			
4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח חיים ומבנה בחברת הביטוח "הפניקס".			
5. אני מייפה את כוחה של "הפניקס חברה בטוח בע"מ" טל' 03-732425/88, פקס. 03-7325541 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטוח החיים/מבנה בגין המשכנתא לרבות התאמת סכומי הביטוח לתקרת ההלוואה בבנק, ביטול וערכת פוליסה חלופיות.			
6. אבקשכם לא לחייב אותי לביטוח חיים בגין מענקים שקיבלתי ע"פ הוראת משרד הבינוי והשיכון.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת בעל הפוליסה	ת.ז.	חתימת מבטח ראשון	ת.ז.
		חתימת מבטח שני	ת.ז.

← תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
שם בעל הכרטיס	ת.ז.	תוקף כרטיס עד	מס' הכרטיס
			חתימת בעל הכרטיס

← הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח חיים)			
לכבוד		מס' החשבון בבנק	
בנק	סניף	סוג החשבון	קוד סניף
קוד בנק		קוד מס' החשבון	
611		קוד מוסד	
כתובת הסניף		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
1. אב/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		
כתובת	רחוב	מספר	עיר
			מיקוד
2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הני"ל בסניפיכם 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".			
3. ידוע לי/לנו כי:			
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.			
ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.			
ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.			
4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".			
5. 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.			
6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.			
7. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. נא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.			
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל החשבון		
	תאריך		

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

טבלת עזר למילוי פרטי ההלוואה - ביטוח חיים

פרטי ההלוואה	הלוואה מס' 1	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 4
סוג המידע הידוע	נתוני מקור / נתוני יתרה	נתוני מקור / נתוני יתרה	נתוני מקור / נתוני יתרה	נתוני מקור / נתוני יתרה
סכום מקורי / סכום יתרה (כולל הפרשי הצמדה, פיגורים וכיו"ב)				
תאריך מקורי / תאריך יתרה				
תקופה מקורית / יתרת תקופה				
תאריך סיום				
שיעור הריבית	<input type="radio"/> ריבית קבועה ___% <input type="radio"/> ריבית משתנה ___%	<input type="radio"/> ריבית קבועה ___% <input type="radio"/> ריבית משתנה ___%	<input type="radio"/> ריבית קבועה ___% <input type="radio"/> ריבית משתנה ___%	<input type="radio"/> ריבית קבועה ___% <input type="radio"/> ריבית משתנה ___%

הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח מבנה)

לכבוד בנק _____ סניף _____ כתובת הסניף _____		מס' החשבון בבנק _____ סוג החשבון _____ קוד סניף _____ קוד בנק _____ 511 קוד מוסד _____ אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) _____	
1. אב/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		
כתובת	רחוב	מספר	עיר
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הני"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". ידוע לילנו כי:			
2. 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. 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. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/מוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.			
3. ידוע לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". 4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. 6. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. 7. בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.			
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.			
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון		

אישור הבנק

לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ דרך השלום 53 גבעתיים 53454		מס' החשבון בבנק _____ סוג החשבון _____ קוד סניף _____ קוד בנק _____ 511 קוד מוסד _____ אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) _____	
קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.			
תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחומת הבנק

← הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

1. אני/ו החתום/ים מטה, המבוטח, 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 ניתבות 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 שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס".
הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
2. 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.
3. 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.
4. 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" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו 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 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, מחלותי 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

✓	✓	✓	
תמימת המבוטח השני	תמימת המבוטח הראשי	תמימת בעל הפוליסה	תאריך

← מינוי הסוכן 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, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
אני/אנו החתום/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.

✓	✓	✓	
תמימת המבוטח השני	תמימת המבוטח הראשי	תמימת בעל הפוליסה	תאריך

← אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

✓	✓	
תמימת המבוטח השני	תמימת המבוטח הראשי	תאריך

← אישור סוכן

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

✓		
תמימת הסוכן		תאריך