

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. תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח ע"י המבטח ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור עובדי רד תקשורת מחשבים ובני משפחתם כולל הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- עובד קיים ו/או בני משפחתו המבקשים להצטרף לביטוח.
- עובד חדש ו/או בני משפחתו אשר מצטרפים לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתו.
- בן/בת זוג שנישא/ שהפך ידוע בציבור לעובד מבטוח ומצטרף לאחר 90 יום ממועד הנישואין.
- תינוק שנולד לעובד מבטוח, המצטרף לאחר 120 יום מיום הלידה.
- מבטוח שביטל את הביטוח מיוזמתו וכעת מבקש להצטרף שוב לביטוח.

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____ מועד זכאות: _____ מס' עובד _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

רובד בסיס:

השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל,

רובד הרחבה:

לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית) או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית), שירותים אמבולטוריים.

פרטי המועמדים לביטוח

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

רובד הרחבה- בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל		רובד בסיס	שב"ן	קופת חולים	תאריך לידה	מין	מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	
מסלול מלא שקל ראשון	מסלול משלים שב"ן									
☐	☐	במימון מעסיק ללא גילום	כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				עובד/ת
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				בן/בת זוג
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 21 *
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 21 *
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 21 *
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד עד גיל 21 *
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 21
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 21
☐	☐		כן ☐ לא ☐			נ ☐ ז ☐				ילד מעל גיל 21

*קיימת הטבה של ילד רביעי ואילך חנים- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול.

ילד הינו עד גיל 21 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבטוח בפוליסה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 21 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 21) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

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 שכלל 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 שחוזה הביטוח נכנס 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 כאפטרופוס טבעי. ידוע לי כי כל האפטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.

6. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח,נותן 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 וגמול 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 מרפאים 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 עצבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

7. העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר:

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל"הר הביטוח". לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

8. עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין:

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביומני של קטנים 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.

9. פרטי מוטבים – ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.

10. הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים - הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת לצורך פרסום ודיוור שיווקי מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות של הצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים. וזאת בין היתר גם באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר.

ידוע לי שהסכמה זו ניתנת מרצוני ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה בכתב או בדרך שבה שוגר אליי דבר הפרסומת. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר). ☐ לא מסכים

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.

ידוע לי כי המעסיק מממן את הפרמיה עבורי לרובד הבסיס בלבד ללא גילום המס.

ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי להרחבה והפרמיה עבור בני משפחתי לרובד הבסיס או לרובד הבסיס + הרחבה ינוכו באמצעי גביה אישי.

חתימות	עובד/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

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 ממועד החתימה- מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה. - אם התשובה היא "כן" יש למלא בטבלה מטה – "פירוט ממצאים חיוביים"													
1. פרטים כלליים													
שם המועמד לביטוח													
למילוי מגיל 16													
גובה (בס"מ)													
משקל (בק"ג)													
2. שאלון מבוא כללי													
2.1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? למילוי מגיל 16													
נא ציין כמות סיגריות ליום													
2.2 למילוי מגיל 18 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ- 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?													
2.3 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרובי משפחתך מדרגה ראשונה בלבד (אב/אם/אח/אחות), אחת או יותר מהמחלות הבאות לפני גיל 60 (כולל): מחלות לב, מחלות דם, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן השד, סרטן הערמונית, סרטן אחר, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, אירוע מוחי.													
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?													
3.1 מחלות לב, כלי דם, לרבות יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב לב, הפרעות במסתמים, קריש דם, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, דליות ברגליים?													
3.2 מערכת העצבים והמוח, לרבות אירוע מוחי כגון CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, פיגור שכלי, שיתוק מוחין, פוליו, אפילפסיה, רעד, ירידה בזיכרון, כאבי ראש כרוניים, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?													
3.3 מחלות מערכת העיכול, לרבות ושט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, גושה, כיס המרה, ניתוח בריאטרי- קיצור קיבה, דם סמוי, פוליפים במעי, טחורים, פיסורה?													
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, לרבות בלבול, בבולטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סוכרת, יתר שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה?													
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, לרבות משקפיים (מספר דיופטריות 8 ומעלה)?													
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף אוזן גרון, לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, אדנואידים, פגיעה במיתרי הקול, דום הנשימה?													
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד, לרבות פיברומיאלגיה, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, אוסטאופורוזיס, הלוקס וולגוס, תסמונת תעלה קרפליית, האם היו שברים ב- 3 השנים האחרונות?													
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, לרבות אסטמה, COPD/אמפיזמה, שיעול ממושך מעל 3 שבועות, שיעול דמי?													
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות, לרבות דרכי השתן, אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?													

המשך הצהרת הבריאות											
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא
3.10	גידול שפיר או ממאיר (סרטן), לרבות גידול טרום סרטני, SCC, BCC, CIN, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה?										
3.11	מחלות מערכת הדם, לרבות הפרעות בקרישת הדם, כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA, טחול מוגדל, אנמיה?										
3.12	מחלות ותופעות בעור, לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?										
3.13	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות), לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות נשאות נגיף האיידס HIV?										
3.14	בקע/ הרניה, לרבות מפשעתי, בטני, טבורי וסרעפתי?										
3.15	מחלות נפש שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה?										
3.16	למילוי מגיל 18	מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, לרבות הגדלה של ערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון?									
		מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, לרבות אנדומטריוזיס, ממצאים בצוואר הרחם, CIN, רחם שרירני, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, ציסטות בשד, ציסטות בשחלות, קונדילומה, פפילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון, האם הנך בהריון?									
3.17	ילדים עד גיל שנה אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. ילדים עד גיל 18 הפרעות התפתחות וגדילה, האם הומלץ או הינך במעקב גובה/ קומה נמוכה? בנים - אם קיימת אבחנה לאשך טמיר?										
4. שאלות נוספות											
4.1	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ב- 5 השנים האחרונות?										
4.2	האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי, לרבות ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר ב- 10 השנים האחרונות?										
4.3	האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע ב- 3 שנים האחרונות?										
4.4	האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות, לרבות נכות ממחלה או תאונה?										

פירוט ממצאים חיוביים- בעת מתן מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט מטה את פירוט הממצאים.		
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	עובד/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דייןרס / אחר

				תוקף הכרטיס עד													מספר כרטיס:
--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

				תוקף הכרטיס עד													מספר כרטיס:
--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

שם בעל/ת הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל/ת הכרטיס
-----------------	----------	--------------------

שם בעל/ת הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל/ת הכרטיס
-----------------	----------	--------------------

שם בעל/ת הכרטיס	מס' זהות	חתימת בעל/ת הכרטיס
-----------------	----------	--------------------

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון – תנאי הסדר תשלומים

1. בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשיך "הפניקס החברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבוןך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
2. אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
3. ההוראה לחיוב חשבוןך ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעלי/ החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר ה"ל" ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
4. החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכום הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום. בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך: _____

[illegible]

בנק

12	10	1200-1300	12	1200-1300	1	1	1
----	----	-----------	----	-----------	---	---	---

		0	1	1	(הבנק")
(מחירי) מחירי שוק (מחירי)	(מחירי) מחירי שוק (מחירי)				

0	הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.	קוד המוסד (במונח)	שם המוסד (המוסד)	אסמכתא/מסמך מהווה של הליקוח או של המוסד (כלל שקיים)
---	----------------------------------	----------------------	------------------	---

אם יישלחו על ידי המוטב חיוכים שאינם עומדים בהגבלות שהבטע הלקוח. הם יוחזרו על ידי הבנק. על

0 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: כל המשמעויות הכרוכות בכך

0 תקרת סכום החיוב: _____ ₪

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום / /

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ

מס' זהות	ח.פ.	("הלקוחות")
----------	------	-------------

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק

מבקשים/ים זהה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שימוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
- א. על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.
- ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממנו/ 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 ייעשה 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 שבינינו 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 שבינינו לבין הבנק.
- ח. הבנק רשאי להוציא/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. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות', תוספותיהן ותנאי הצמדתן

תאריך	חתימת בעל/י החשבון
-------	--------------------

תאריך	חתימת בעל/י החשבון
-------	--------------------

אישור הסוכן/ת

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

אישור הבנק

[illegible]

הפניקס חברה לביטוח בע"מ												
מספר משאבני ביד			סוג משאבני			סוגים			ביד			

ת.ד. 2533 תל אביב 61253						
מספר חשבון / בנק				סוג חשבון	סוף	תאריך

קבלנו הוראות מ

חוקית או אחרת לביצוע: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

X			
---	--	--	--

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	-----------	-------------------

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	-----------	-------------------

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	-----------	-------------------

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	-----------	-------------------