

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי all jobs ובני משפחותיהם
כולל הצהרת בריאות**

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא
האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא

- טופס זה מיועד ל:
- עובד ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) המצטרפים לאחר 90 יום מתחילת תנאי זכאותו שיקבע ע"י בעל הפוליסה (וונתק, וכיוב').
 - עובד ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) אשר יהיו מעוניינים להצטרף במהלך תקופת ההסכם (לאחר 90 יום מתחילת זכאותו).
 - תינוק חדש שנולד לעובד המצטרף לאחר 90 יום מיום הלידה.
 - בן/בת זוג חדש של עובד המצטרף/ת לאחר 90 יום מיום הנישואין.

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____ השתייכות לחברת בת: כן/ לא פירוט: _____

פרטי המועמדים לביטוח						
מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל	
					באמצעות נותן שירות שבהסכם	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
עובד/ת			/ /	נ / ז		
בן/בת זוג			/ /	נ / ז		
ילד עד גיל 26			/ /	נ / ז		
ילד עד גיל 26			/ /	נ / ז		
*ילד עד גיל 26			/ /	נ / ז		
*ילד עד גיל 26			/ /	נ / ז		
ילד מעל גיל 26			/ /	נ / ז		
ילד מעל גיל 26			/ /	נ / ז		

ילד שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.
הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית: השתלוח וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל, כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות, כיסוי לניתוחים (באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, ניתוחים וטיפולים מחליפי טיפול בחו"ל, שירותים אמבולטוריים ורפואה משלימה (אלטרנטיבית).

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
עובד /ת			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני: @	

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):
<ul style="list-style-type: none"> • מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות. • מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת. • מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.

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.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל - חובה למלא			
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
עובד/ת						
מועמד לביטוח בגיר שני						
מועמד לביטוח בגיר שלישי						
מועמד לביטוח בגיר רביעי						
מועמד לביטוח בגיר חמישי						

במקרים בהם המועמד 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 בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף

שאלון הצהרת בריאות		מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1.	גובה (בס"מ) משקל (בק"ג) האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? <u>ילידים עד גיל 16</u> (במקום פרטי גובה ומשקל) האם הייתה התייעצות עם רופא ו/או אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון?												
2.	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף) האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?												
3.	האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים) (נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)												
4.	האם הנך נוטל תרופות שרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (נא לפרט שם תרופה ומינון)												
5.	האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הנך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו?												
6.	א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____ מספר שנים _____ ב. אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון _____ <u>ילידים מגיל 16 בלבד</u>												
7.	האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים :												
8.1	מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר השנים האחרונות), מומי לב מולדים?												
8.2	מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, כאבי ראש כרוניים.												
8.3	מחלות מערכת העיכול, ושט, תרסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה?												
8.4	מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית, לבלב-פנקריאס, בלוטת התריס (תירואיד), חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונלית?												
8.5	מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטריות?												
8.6	מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/ נחירות)? סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה?												
8.7	מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות?												
8.8	מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?												
8.9	מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
8.10	מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה, BCC?												
8.11	מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם, קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
8.12	מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?												
8.13	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?												
8.14	מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?												

המשך שאלון הצהרת בריאות													
אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:													
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד ראשי		מועמד משני			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
												8.15	<p>מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריזון? ילידים עד גיל 16: אשך טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריזון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? לנערות עד גיל 16: הפרעות מחזור, בעיות פריזון, קונדילומה? בקע/הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?</p>
												8.16	
												9.	<p>היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סכרת, שבץ מוחי? (נא לציין קירבה ומחלה)</p>
												10.	<p>בנוסף לשאלות לעיל: ילידים (עד גיל 18): א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילדים עד גיל 3 – האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.</p>

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')

תאריך	שם מועמד ראשי	X
	חתימה	
	שם מועמד לביטוח בגיר שני	X
	חתימה	
	שם מועמד לביטוח בגיר שלישי	X
	חתימה	
	שם מועמד לביטוח בגיר רביעי	X
	חתימה	
	שם מועמד לביטוח בגיר חמישי	X
	חתימה	

מינוי מוטבים למקרה מוות													
שם משפחה		שם פרטי		מס' תעודת זהות				מין		קירבה		% חלקים	

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת
<p>הנני מסכים כי המידע אודותיי יישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימליה, 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. נא סמן את בחירתך: <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים</p>

משלים שב"ן – גילוי נאות

- א. הכיסי 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 בקופת 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 כיסי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על הצהרה בשמם כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת.

הצהרת המועמדים לביטוח

1. הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.
2. ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותי וכן כל מידע שייצבר אודותי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, ניהול, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה "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 המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.
3. 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.
4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
7. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי ינוכה באמצעי גביה אישי.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבטח,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 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 עצבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

תאריך	שם מועמד ראשי	X	חתימה
	שם מועמד לביטוח בגיר שני	X	חתימה
	שם מועמד לביטוח בגיר שלישי	X	חתימה
	שם מועמד לביטוח בגיר רביעי	X	חתימה
	שם מועמד לביטוח בגיר חמישי	X	חתימה

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל / ישראלקארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דיינרס / אחר

--	--	--	--	--	--

תוקף הכרטיס עד

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר כרטיס:

שם בעלת/ת הכרטיס _____ מס' זהות _____ חתימת בעלת/ת הכרטיס _____ X

- הסדר קבע לתשלום פרמיות בהתאם להסדר התשלומים – תנאי הסדר תשלומים**
- בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס החברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספתיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבוךך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
 - אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
 - ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעלי החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
 - 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: _____

לכבוד	_____		_____		_____		בנק	_____
סניף	_____		_____		_____		סניף	_____
_____ ("הבנק")	_____		_____		_____		סניף	_____
_____ O	_____		_____		_____		הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.	_____
או –	_____		_____		_____		הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:	_____
_____ O	_____		_____		_____		תקרת סכום החיוב:	ש"ח _____
_____ O	_____		_____		_____		מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום	_____/_____/_____

כל המשמעויות הכרוכות בכך אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) **שם המוסד (המוטב)** **קוד המוסד (המוטב)** **שם המוסד (המוטב)** **מספר חשבון בנק** **סוג חשבון** **סניף** **בנק**

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

- אני/ו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")
- שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק**
מבקשים/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 ע"י הוראת כל דין.
ג. אהיה/נהיה רשאים/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 רשאים/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 לבקשת/ינו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.
ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת הלקוח/ות _____ X

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י הפניקס חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן _____ תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____ X

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 בפניי. _____/_____/_____

תאריך	שם הסוכן/ת	מס' הסוכן/ת	חתימה + חותמת סוכן/ות
* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.			

אישור הבנק

לכבוד	_____		_____		_____		הפניקס חברה לביטוח בע"מ	ת.ד 2533 תל אביב 61253
סניף	_____		_____		_____		סניף	_____
_____	_____		_____		_____		סוג חשבון	_____
_____	_____		_____		_____		מספר חשבון בנק	_____
_____	_____		_____		_____		_____	_____
_____	_____		_____		_____		קוד המוסד (המוטב)	_____
_____	_____		_____		_____		שם המוסד (המוטב)	_____
_____	_____		_____		_____		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	_____

קבלנו הוראות מ _____-לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבון/נום 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
_____	_____	_____	_____ X