

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי אופק אגודת אשראי ובני משפחותיהם**

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

את הטופס המלא יש לשלוח לכתובת info@ofek.coop,  
או בהודעה למספר הטלפון: 073-2793111

פרטי המועמדים לביטוח								
רובד מורחב ב' כיסוי אמבולטורי מורחב ושיפוי בעת גילוי מחלה קשה	רובד מורחב א' בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל		רובד בסיס	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות
	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח	באמצעות נותן שירות שבהסכם						
				נ / ז	/ /			חברה
				נ / ז	/ /			בן/בת זוג
				נ / ז	/ /			ילד
				נ / ז	/ /			ילד
				נ / ז	/ /			ילד
				נ / ז	/ /			ילד
				נ / ז	/ /			ילד
				נ / ז	/ /			ילד

ילד שלישי ואילך (עד גיל 21 כולל) – יצורף לביטוח ללא עלות.

**רובד בסיס:** השתלוח וטיפולם מיוחדים בארץ ובחו"ל וכיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות.

**רובד מורחב א':** כיסוי לניתוחים (באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולם מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או ביטוח משלים שב"ן), כיסוי לניתוחים בחו"ל, כיסוי אמבולטורי.

**רובד מורחב ב':** כיסוי אמבולטורי מורחב, שיפוי בעת גילוי מחלה קשה, רפואה משלימה (אלטרנטיבית).

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

**תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):**

- 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				
			מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב	
e-mail [ ] [ ] דואר ישראל							חברה
e-mail [ ] [ ] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר שני
e-mail [ ] [ ] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר שלישי
e-mail [ ] [ ] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר רביעי
e-mail [ ] [ ] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר חמישי

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)												
2.	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (לרבות: צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה) ו/או בדיקות אבחנתיות והדמיה כגון: CT, MRI, אולטרה סאונד אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? (נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)												
3.	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות או עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר? (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 שנרשמו 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.	<b>האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים :</b>												
5.1	הפרעות מחלות לב, מומי לב מולדים, כלי דם, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם (כולסטרול), אנמיה, הפרעות בקרישת הדם, תת או יתר קרישיות בדם?												
5.2	מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי, טרשת נפוצה, אפילפסיה, רעד, כאבי ראש כרוניים, מיגרנה, אוטיזם, תסמונת דאון, הפרעות קשב וריכוז?												
5.3	מחלות והפרעות מערכת העיכול, ושט, תירסריון, קיבה מעיים, טחורים, פיסורה, כבד, כיס המרה?												
5.4	מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, לבלב, טחול מוגדל, בלוטת התריס, חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?												
5.5	מחלות עיניים והפרעות בראייה, הרכבת משקפיים מעל מספר שמונה?												
5.6	מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה, נחירות, סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה?												
5.7	מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, דלקות פרקים, ארטריטיס, כאבי גב כרוניים, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות?												
5.8	מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?												
5.9	מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
5.10	מחלה ממארת (סרטן), לוקמיה, מיאלומה, לימפומה: מלנומה, BCC, גידולים שפירים, ציסטות?												
5.11	מחלות ותופעות בעור, שומות במעקב, המנגיומה?												
5.12	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, פיברומיאלגיה, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?												
5.13	מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?												
5.14	<b>מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית</b> הפרעות במערכת המין, אשך טמיר, מום מולד, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון?												
5.15	<b>מחלות והפרעות במערכת המין הנשית</b> , הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, אנדומטריוזיס, קונדילומה, בעיית פריון? האם הנך בהריון? האם עברת ניתוחים קיסריים?												
5.16	בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?												
6.	<b>ילידים (עד גיל 18):</b> א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? <b>בנוסף לילידים עד גיל 3</b> – האם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.												

בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולהעביר מידע רפואי נוסף המעיד על הבעיה הרפואית

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')

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

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

מינוי מוטבים למקרה מוות								
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות				מין	קירבה	% חלקים
מועמד ראשי						ז / נ		
מועמד משני						ז / נ		

שאלון ביטוחים קיימים (רלוונטי רק במקרים של שיווק יזום ביחס להוספת כיסויים לביטוח הקבוצתי והמועמד לביטוח עתיד לשאת בתשלום מלא או חלקי)
<p>כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך:  האם יש ברשותך פוליסת ביטוח בריאות פרטית/קבוצתית תקפות מסוג _____ [סוג הכיסויים הנוספים/ההרחבות] ?  [ ] לא [ ] כן: פרט אלו כיסויים נוספים/הרחבות קיימות:</p>

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת
<p>הנני 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, 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
<p>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 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.</p> <p>ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי 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.</p>

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן
<p><input type="checkbox"/> 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 הכיסוי "משלים שב"ן".  הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על הצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.</p>

הצהרת המועמדים לביטוח
<p>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.</p> <p>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 הנוגעים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה הפניקה אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקה אחזקות בע"מ ו/או הפניקה 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.</p> <p>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 הפניקה אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקה אחזקות בע"מ ו/או הפניקה ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.</p> <p>4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.</p> <p>5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.</p> <p>6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של בעל הפוליסה.</p>

יותר על סודיות רפואית
<p>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"הפניקה חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקה ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"ה הפניקה, 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 ממוסדוטיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי"ה הפניקה ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקה" ויעץ מחברת מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ ולמי מטעמו.</p>

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

את הטופס המלא יש לשלוח לכתובת [info@ofek.coop](mailto:info@ofek.coop),  
או בהודעה למספר הטלפון: 073-2793111

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

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

--	--	--	--

תוקף הכרטיס עד

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

מספר כרטיס:

\_\_\_\_\_ X  
חתימת בעל/ת הכרטיס

\_\_\_\_\_ מס' זהות

\_\_\_\_\_ שם בעל/ת הכרטיס

**הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון – 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 ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבוך 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 לבעל/י 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

מספר חשבון בנק			סוג חשבון		סניף		בנק	
1	1	6	שם המוסד (המוטב)		קוד המוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	

\_\_\_\_\_ סניף ("הבנק")  
O הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או – O הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

O תקרת סכום החיוב: \_\_\_\_\_ ₪

O 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. \_\_\_\_\_ ("הלקוח/ות")

**שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק**

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).

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 הודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים, ולבדד 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/נו 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 מסכימ/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

\_\_\_\_\_ X  
חתימת הלקוח/ות

**פרטי ההרשאה**

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

\_\_\_\_\_ X  
חתימת בעל/י החשבון

תאריך

**אישור הבנק**

**לכבוד**

הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
ת.ד. 2533 תל אביב 61253

מספר חשבון בנק			סוג חשבון		סניף		בנק	
1	1	6	שם המוסד (המוטב)		קוד המוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	

קבלנו הוראות מ \_\_\_\_\_ -לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונ/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 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.

X

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחומת הבנק
-------	---------	-----------	------------------