

## בקשה לשינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים בפוליסת ביטוח חיים

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח
------------	----------	-----------	----------	-----------

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:

<input type="radio"/> מועמד לביטוח <input type="radio"/> אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)				
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך חתימה
		נ	ז	טלפון
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.
		מיקוד	דואר אלקטרוני	

<b>FATCA</b>			
האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא ארץ לידה: _____ <small>*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.</small>		שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה		

<b>פרטי המועמד הראשון לביטוח</b>			<b>פרטי המועמד השני לביטוח</b>		
שם משפחה	שם פרטי	מין	שם משפחה	שם פרטי	מין
		נ			ז
ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
		א			א
טלפון	נייד	קופת חולים	טלפון	נייד	קופת חולים
		מקצוע			מקצוע
		עיסוק			עיסוק

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני
--------------	-----	------	-----------	------	-------	---------------

<b>הסכמה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני</b>	
הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקבוצה כהגדרתה בטופס זה, לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל. ידוע לי שבכל עת אוכל לבקש להסיר את פרטי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בדואר אלקטרוני, וזאת באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של הפניקס.	
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד הראשון לביטוח	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הפוליסה
נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים	

<b>הסכמה לקבלת דיוור שנתי בדואר אלקטרוני</b>	
אני מסכים כי הדו"ח השנתי יישלח לדואר האלקטרוני שלי: _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.	
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד הראשון לביטוח	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הפוליסה
נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים	



**נא לסמן הרחבות מבוקשות**

ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)

פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

**נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:**  
 \*נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה  הרחבה רגילה (4)  הרחבה משופרת (6)  הרחבה מושלמת (8)  
 נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה  הרחבה רגילה (3)  הרחבה משופרת (5)  הרחבה מושלמת (7)  
 \*מותנה ברכישת הרחבה 9

הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול

הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימאלי 55

לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי הרחבות:  2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9  2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10

**← "עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)**

מבוטח שני (ירכש בפוליסה נפרדת)				מבוטח ראשון			
האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?				האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות?			
<input type="checkbox"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____				<input type="checkbox"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____			
<input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____				<input type="checkbox"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____			
מבוטח שני		מבוטח ראשון		מבוטח שני		מבוטח ראשון	
ביטול	הקטנה לסכום פיצוי בגובה של	הגדלה לסכום פיצוי בגובה	הוספת סכום פיצוי בגובה של	ביטול	הקטנה לסכום פיצוי בגובה של	הגדלה לסכום פיצוי בגובה	הוספת סכום פיצוי בגובה של
<input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/> ביטול			<input type="checkbox"/> הוספת	<input type="checkbox"/> ביטול			<input type="checkbox"/> הוספת

**← הערה**

בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -  
**מעל - בנוסף לתקציב -** כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.  
**מתוך התקציב -** כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותיכש ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.  
 אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, יירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.  
 במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחדל מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.  
 בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות. במידה וחרגה מהתקציב המותר יוקטן הכיסוי על פי תנאי הפוליסה.

**← שאלון החלפה**

האם כחלק מרכישת תוכניות הביטוח המבוקשות יבוטלו תוכניות אחרות הקיימות בפוליסות אחרות שברשותך?  כן  לא  
 במידה והתשובה לשאלה לעיל חיובית, יש להמציא מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לרכישת / הגדלת הכסויים בפוליסה זו.

**← 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).

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה

← הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותיי יישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים 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.

נא סמן את בחירתך:  מסכים  לא מסכים

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת בעל הפוליסה

← הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה כי תשובתיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירופי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

← חתימת המועמדים לביטוח - הראשון והשני

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

← אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימה וחותמת סוכן	מס' רישיון הסוכן	שם הסוכן	תאריך

**טופס אמצעי תשלום**

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	
תוקף	מס' כרטיס האשראי
X	
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.
חתימת בעל הכרטיס	

מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב	לשימוש פנימי

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

תאריך	לכבוד

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	6   1   1	שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)
("הבנק") <input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - <input type="radio"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: <input type="radio"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____. לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.				

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

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> 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 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 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.
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	X חתימת הלקוח/ות

**פרטי ההרשאה**

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.

X	חתימת בעל/י החשבון
---	--------------------

**אישור הסוכן/ת**

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

X	חתימה + חותמת סוכנות	מס' הסוכן/הסוכנת	שם הסוכן/הסוכנת	תאריך

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