

← פרטי הילדים

1.	שם	מס' ת.ז.	ת.ז.	מין	תאריך לידה
2.	שם	מס' ת.ז.	ת.ז.	מין	תאריך לידה
3.	שם	מס' ת.ז.	ת.ז.	מין	תאריך לידה
4.	שם	מס' ת.ז.	ת.ז.	מין	תאריך לידה

← מינוי מוטבים - למבוטח הראשי

מקרה	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלוקה
במקרה מוות					ז / ב		
					ז / ב		
					ז / ב		

← מינוי מוטבים - למבוטח השני

מקרה	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלוקה
במות המבוטח					ז / ב		
					ז / ב		
					ז / ב		

← טבלת כיסויים (1)

○ מסלול ב'		○ מסלול א'		סוג הביטוח
מבוטח שני	מבוטח ראשי	מבוטח שני	מבוטח ראשי	מנת הביטוח
✓ (762)	500,000 ש"ח	✓ (402)	150,000 ש"ח	ריסק בפרמיה משתנה לגיל 70 (700)
✓	500,000 ש"ח	✓	150,000 ש"ח	נכות מתאונה (852)
✓	500,000 ש"ח	✓	150,000 ש"ח	מוות מתאונה (851)
--	--	✓ (533)	50,000 ש"ח	מרפא פלטינה (523)
--	✓	--	✓	עוד בחיים (70)
✓	✓	✓	✓	שחרור במקרה אובדן כושר עבודה* 3 חודשי המתנה, פרמיה קבועה (827)
1○	1○	3○ 2○ 1○	3○ 2○ 1○	מס' מנות מבוטח
2○	2○	6○ 5○ 4○	6○ 5○ 4○	
3○	3○	8○ 7○	8○ 7○	

- הסכומים הנקובים לעיל הם למנת ביטוח אחת, בא סמן את מס' המנות המבוטח על פי הנקוב בכל מסלול.
- לתשומת לבך, המסלול הנבחר למבוטח שני חייב להיות זהה למסלול הנבחר למבוטח ראשי.
- מספר המנות הנרכש למבוטח שני חייב להיות זהה או קטן ממספר המנות הנרכש למבוטח ראשי.
- סכומי ביטוח צמודים למדד.
- * יקנה במקרים בהם לא בחר המבוטח לרכוש פיצוי חודשי (בפרמיה משתנה).

כיסויים נוספים לבחירת המבוטח/ת (1)

סוג הביטוח	מבוטח ראשי	מבוטח שני	ילדים (2)
אובדן כושר עבודה פיצוי ושחרור לגיל _____ (אפשרי 60-67) <input type="radio"/> בפרמיה משתנה (828+829) <input type="radio"/> בפרמיה קבועה (826+827)	שכר: _____ ש"ח <input type="radio"/> סכום חודשי _____ ש"ח המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 חדשים	שכר: _____ ש"ח <input type="radio"/> סכום חודשי _____ ש"ח המתנה <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 6 חדשים	
האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה?	כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	כן, גובה הפיצוי _____ ש"ח	
<p>הרחבות לאובדן כושר עבודה נא לסמן קוד אחד בלבד</p> <p>הרחבה ללא החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (4) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (6) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (8)</p> <p>הרחבה כוללת החרגת תאונות עבודה <input type="radio"/> הרחבה רגילה (3) <input type="radio"/> הרחבה משופרת (5) <input type="radio"/> הרחבה מושלמת (7)</p>			
<input type="radio"/> פרנציזה - תשלום חד פעמי בגין חודשיים <input type="radio"/> קו מהיר מורחב (896 + 897) <input type="radio"/> השתלחות ועוד+סגולה מורחבת (1716+1707) <input type="radio"/> מרפא ילדים(634)			
(2) סכומי הביטוח הנקובים בעמודת ילדים יחולו על כל הילדים שפרטיהם מולאו בטבלת פרטי הילדים <input type="radio"/> סכומי ביטוח			

* הערה: במידה ולא נרשם אחרת - יקנה כיסוי לגיל 67

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם מבוטח ראשי	שם מבוטח שני	שם מבוטח ראשי	שם מבוטח שני
_____ ת.ד. _____	_____ ת.ד. _____	_____ ת.ד. _____	_____ ת.ד. _____
<p>אני/החתום/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי:</p> <p>(1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.</p> <p>(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.</p> <p>(3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.</p> <p>(4) תשובותי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בקבוצת הפניקס.</p> <p>ליכיווי הבריאות קו מהיר מורחב, השתלחות ועוד וסגולה מורחבת:</p> <p>ידוע לי/לנו כי:</p> <p>1. ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקפו או התגלו במהלך תקופת האכשרה, ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה.</p> <p>2. לביטוח זה תקופת אכשרה של 90 יום. לניתוחים וטיפולים ספציפיים יש תקופות אכשרה ארוכות יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.</p> <p>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" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש עי"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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלתי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לכ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
האריך	התימת המועמד לבעלות על הפוליסה	התימת מבוטח ראשי	התימת מבוטח שני

מינוי הסוכן כשלוו בעל הפוליסה/המבוטח

<p>על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלווה של המבוטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלווה. רק אם היך מעוניין למנותו, בבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחן/שלוחנה לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
האריך	התימת המועמד לבעלות על הפוליסה	התימת מבוטח ראשי	התימת מבוטח שני

אישור תנאי קבלה מיוחדים

<p>אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או עם מגבלה לנכות קיימת, ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ולמתן תשובות מלאות וכנות.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
האריך	התימת המועמד לבעלות על הפוליסה	התימת המבוטח	

אישור הסוכן

<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
האריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	התימת הסוכן



באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1. גובה משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? (5)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. האם נטלת בעבר או היך נטלת תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6. האם היך משתמש או השתמש בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8. האם היית או היך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתייה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. מחלות ממאירות ובידול סרטני? (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, 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? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/ מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7) - במקרה נכויות ופציעות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם היך מרכיב משקפיים, או ציין מספר דיאופטריות: ימין שמאל	
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות 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?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך	
10. האם הבדיקה היתה תקינה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכונש עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבוטח הראשי

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל	חתימת המועמד לביטוח
-------	------------------	-----------	-------	----------------	---------------------

באם יש בידך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן	
1. גובה	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? משקל
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיבות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית	אם כן, נא 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? (5)	האם הגשת בקשה / קבלת / הך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
4. האם נטלת בעבר או היך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	אם כן, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות % ב. סוג הנכות שנקבעה: נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות
5. האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	אם כן - ציין מתי משך האשפוז סיבת האשפוז / הניתוח
6. האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	האם היך צורך משקאות חריפים?
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	אם כן, ציין כמות ליום/שבוע כוסיות
8. האם היית או היך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.	אם כן, ציין מספר סגרויות ליום משך העישון בשנים מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופטיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני? (7)	
ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פרוין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר? (10,7)	
ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר? (10,7)	
ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, (1) שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (FMF), GOUT, מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות (10,7)	
ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס) דימומים, טחורים, בקעים (הרניות), אחר? (10) (7)	
ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר? (10,7)	
ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית COPD (4), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות? (10,7)	
ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות (5,10,7 - במקרה נכיות ופציעות)	אם הך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטרויות: ימין שמאל
י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (10,7)	
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	
9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות 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?	אם כן - ציין סוג הבדיקה תאריך
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	האם הבדיקה הייתה תקינה
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

רשימת שאלוני המשך	
1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה
7. גידולים	5. נכיות/פציעות
8. בעיות נפשיות	6. דרכי העיכול
9. שאלון יתר לחץ דם	10. שאלון מחלות כללי

חתימת המבטח השני				
תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ז.	קופ"ח	שם הרופא המטפל
				חתימת המועמד לביטוח

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

שם מלא	ת.ד.	תוקף הכרטיס	מספר כרטיס
חתימת בעל הכרטיס			

הוראת קבע לבנק "יהב"

לכבוד בנק "יהב" לעובדי המדינה בע"מ
 הדון: הוראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח חיים לזכות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".
 אני הח"מ, ת.ד. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
 העובד/ת במשרד _____ אגף _____
 שוטרים בלבד: מספר אישי _____ סמל גליון _____
 נתון לכם בזה הוראת קבע לנכות ממשכורת את הסכומים שיהיו נקובים בהודעות שתמציא לכם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" מידי פעם בפעם בגין פרמיות ו/או תשלומים להפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ואשר שמי יהיה נקוב בהם.
 הנני מצהיר ומאשר ואני מסכים לכך שלבני הוראת הקבע הניתנת בזה יחולו כל ההוראות והתנאים המפורטים שבין "יהב" לבין "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" וכי הוראות אלו ידועות לי ותחייבנה אותי ואת "יהב" לפעול לפיהן.
 אני פוטר בזה את "יהב" מכל אחריות או חבות על כל טענה ביחס לפעולותיו על פי הוראות חברת הביטוח "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או ביצוע הניכויים באופן ובסכומים כפי שהחברה תורה לכם מעת לעת.

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

הרשאה לחיוב חשבון

מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק	בנק	סניף
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	קוד מוסד	כתובת הסניף			

1. א/ו הח"מ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.ד. / ח.פ. כתובת רחוב מספר עיר מיקוד
 נתון/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומאצו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. 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/נו 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/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".
 4. 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.
 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/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת ההוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

חתימת בעל החשבון	תאריך
------------------	-------

אישור הבנק

מספר החשבון בבנק	סוג חשבון	קוד סניף	קוד בנק	לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ דרך השלום 53 גבעתיים 53454
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	קוד מוסד	קבלנו הוראות מ- _____		

לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/כם 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 בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם. בכבוד רב,

חתימה וחומת הבנק	מספר הסניף	שם הבנק	תאריך
------------------	------------	---------	-------

סכומי ביטוח למנה אחת		
מסלול ב	מסלול א	
500,000	150,000	ריסק 1
500,000	150,000	נכות מתאונה
500,000	150,000	מוות מתאונה
-	50,000	מרפא פלטינה
+	+	עוד בחיים
+	+	שחרור 3 ח' קבוע
3	8	מס' מנות מירבי
מס' מנות הדורשות 5 - עד גיל 50 2 - מעל גיל 50		
בדיקה רפואית 3 - מעל גיל 50		

ביטוח אובדן כושר עבודה					
גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח	גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח	גיל	שער פרמיה מחושב בש"ח
18	1.89	33	2.45	48	4.06
19	1.89	34	2.52	49	4.21
20	1.89	35	2.59	50	4.37
21	1.91	36	2.68	51	4.54
22	1.94	37	2.76	52	4.71
23	1.96	38	2.85	53	4.88
24	1.99	39	2.95	54	5.05
25	2.03	40	3.05	55	5.22
26	2.06	41	3.16	56	5.38
27	2.11	42	3.27	57	5.52
28	2.15	43	3.39	58	5.63
29	2.2	44	3.51	59	5.7
30	2.26	45	3.64	60	5.72
31	2.32	46	3.77		
32	2.38	47	3.91		
33		48			
34		49			

* התעריפים הינם לכיסוי עד גיל 67 בפרמיה משתנה.

מסלול ב פרמיה חודשית למנה אחת				
גיל המבוטח	גבר		אשה	
	לא מעשן	מעשן	לא מעשנת	מעשנת
20	119	136	105	122
21	116	133	105	122
22	114	131	105	122
23	112	128	105	122
24	110	127	105	122
25	108	125	105	122
26	107	124	105	122
27	106	123	106	122
28	106	122	106	122
29	106	122	106	122
30	106	123	106	122
31	106	124	106	122
32	106	127	106	122
33	106	129	106	123
34	107	132	106	123
35	109	137	106	125
36	110	142	106	127
37	114	149	106	129
38	117	157	107	133
39	121	167	109	138
40	127	179	111	142
41	136	196	118	153
42	142	210	121	160
43	149	226	125	170
44	157	245	129	179
45	165	266	134	191
46	176	288	140	205
47	187	313	146	221
48	201	343	154	239
49	216	374	162	259
50	233	410	173	280
51	250	446	184	305
52	270	485	197	333
53	292	527	211	363
54	316	572	227	397
55	344	619	244	431
56	378	679	265	473
57	415	744	289	519
58	457	814	316	569
59	505	889	345	622
60	558	970	379	681

מסלול א פרמיה חודשית למנה אחת				
גיל המבוטח	גבר		אשה	
	לא מעשן	מעשן	לא מעשנת	מעשנת
20	40	46	36	41
21	40	46	36	42
22	40	46	36	42
23	39	45	37	42
24	39	45	37	43
25	39	46	38	43
26	39	46	38	44
27	39	46	39	45
28	40	47	39	46
29	40	48	40	47
30	41	49	41	48
31	42	51	42	49
32	43	53	43	50
33	44	55	45	52
34	45	59	46	54
35	47	63	47	56
36	49	67	49	59
37	52	73	51	62
38	55	80	53	65
39	59	87	56	69
40	64	96	59	74
41	71	108	64	80
42	76	120	68	87
43	83	133	73	94
44	90	148	78	102
45	99	165	83	111
46	108	183	89	121
47	119	203	96	133
48	130	226	103	145
49	142	250	111	159
50	156	277	120	175
51	170	306	129	192
52	186	337	139	211
53	204	371	151	232
54	223	407	163	255
55	244	447	176	279
56	268	490	191	306
57	294	536	208	335
58	323	587	227	367
59	354	640	247	401
60	387	695	268	436

- הפרמיה החודשית לבת/זוג היא זו המופיעה בטבלה הנ"ל בתוספת 2.60 ש"ח לכל 100,000 ש"ח סכום ביטוח.
- הפרמיות הינן עפ"י מדד 10572 נק'.
- הפרמיה הסופית תיקבע לאחר מעבר חיתום.