

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון סגל ההוראה בטכניון ובני משפחותיהם
כולל הצהרת בריאות**

טופס זה מיועד ל:

- חבר קיים ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) אשר לא היו מבטחים בהסכם הביטוח הקודם ומבקשים כעת להצטרף.
- חבר חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) המצטרפים לאחר 120 יום מתחילת זכאותו של החבר לפי דווח בעל הפוליסה.
- תינוק חדש שנולד לחבר המצטרף לאחר 180 יום מיום הלידה.
- בן/בת זוג חדש של חבר המצטרף/ת לאחר 120 יום מיום הנישואין.
- מבוטח שהפסיק את הביטוח ומבקש לחזור לביטוח.

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

תאריך תחילת הזכאות: ____ / ____ / ____ מס' עובד/ חבר _____

פרטי המועמדים לביטוח												
מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	רובד** בסיס	***רובד הרחבה בחירת מסלול ביטוח ניתוחים						
						מלא מהשקל הראשון	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח					
חברה/			/ /	ז / נ								
בן/בת זוג			/ /	ז / נ								
ילד עד גיל 25			/ /	ז / נ								
ילד עד גיל 25			/ /	ז / נ								
ילד עד גיל 25			/ /	ז / נ								
ילד עד גיל 25			/ /	ז / נ								
ילד מעל גיל 25			/ /	ז / נ								
ילד מעל גיל 25			/ /	ז / נ								

*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי ואילך חינם

**רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.

***רובד הרחבה: ניתוחים בישראל כיסוי מהשקל הראשון א מסלול משלים שב"ן, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות.

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
חברה/			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון בעבודה:	טלפון נייד:	
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה):			
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ והפניקס גמול פנסיה בע"מ:			
☐ כן ☐ לא			
הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982:			
☐ כן ☐ לא			
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.			
*לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.			

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם)
- מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטח כולל הצהרת בריאות. - מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטח. - מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטח.

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

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											
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:											
מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
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? ילידים עד גיל 16 (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)											
3. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?											
4. 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)											
5. 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)											
6. 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?											
7. א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____ מספר שנים _____ ב. אם הפסקת לעשן ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון _____ ילידים מגיל 16 בלבד											
8. 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 (CVA, TIA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז? אוטיזם, תסמונת דאון?											
8.3 מחלות מערכת העיכול, ושט, תסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה?											
8.4 מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית, לבלב-פנקריאס, בלוטת התריס (תירואיד), חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות?											
8.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שש דיאופטיות?											
8.6 מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה (האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/ נחירות)? סטיות במחיצת האף?											
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 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריזון? לילדים 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)?											
8.16 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)											
9. בנוסף לשאלות לעיל: לילדים (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.											
10. בנוסף לשאלות לעיל: לילדים (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.											

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')

שם החברה/ המועמד/ת לביטוח	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

שאלון ביטוחים קיימים
(רלוונטי רק במקרים של שיווק יזום ביחס להוספת כיסויים לביטוח הקבוצתי והמועמד לביטוח עתיד לשאת בתשלום מלא או חלקי) 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/ההרחבות קיימות: _____

משלים שב"ן – גילוי נאות	
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.
ב.	למימוש כיסוי 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 כיסוי 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 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.
הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן	
☐	אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
☐	אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חבר/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.	

הצהרת המועמדים לביטוח	
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.	
כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי 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.	
אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של הארגון.	
ידוע לי כי הארגון מממן פרמיה לרובד הבסיס עבורי בלבד.	
ידוע לי כי כאשר אהיה בחל"ת (חופשה ללא תשלום), על פי דווח בעל הפוליסה למבטח, ישולם רובד הבסיס עבורי באמצעי גביה אישי המצורף מטה.	
(תשלום רובד בסיס בכרטיס אשראי יתאפשר כל עוד המבטח חבר עמותה)	
ידוע לי כי תשלום הפרמיה לרובד ההרחבה עבורי ולכלל הרבדים עבור בני משפחתי יבוצע באמצעי תשלום המפורט מטה.	

ויתור על סודיות רפואית			
אני הח"מ המבטח,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"הפניקס" חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתידרש 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 עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.			
תאריך	חתימה מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת מועמד נוסף מעל גיל 18 (מועמד _____)

טופס אמצעי תשלום																																															
ידוע לי כי כאשר אהיה בחל"ת (חופשה ללא תשלום), על פי דווח בעל הפוליסה למבטח, ישולם רובד הבסיס עבורי באמצעי גביה אישי																																															
תשלום באמצעות כרטיס אשראי																																															
סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דינרס / אחר																																															
מספר כרטיס:				תוקף הכרטיס עד																																											
שם בעלת הכרטיס				מס' זהות				X חתימת בעלת הכרטיס																																							
הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון – תנאי הסדר תשלומים																																															
1. 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 בחשבונך תשמש כאישור תשלום הפרמיה. 2. אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה. 3. ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכוד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעלי החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"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: _____																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">מספר חשבון בנק</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">סוג חשבון</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">סניף</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">בנק</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">קוד המוסד (המוטב)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">שם המוסד (המוטב)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק			1	1	6										קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)					
מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק																																						
1	1	6																																													
קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)																																									
לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ ("הבנק") 0 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או - 0 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות: 0 תקרת סכום החיוב: _____ ₪ 0 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____ / _____ / _____																																															
לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.																																															
1. אני/הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מבקשים/ים זהה להקים בחשבונו/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, 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. עלינו 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 רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו 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/ים 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 לבקשתנו/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאנו/ 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 חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן X _____ חתימת בעלי החשבון _____ תאריך																																															
אישור הסוכנות																																															
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 _____ / _____																																															
*כלל 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																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">מספר חשבון בנק</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">סוג חשבון</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">סניף</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">בנק</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">קוד המוסד (המוטב)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">שם המוסד (המוטב)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> קבלנו הוראות מ _____ -לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 מינעה 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.												מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק			1	1	6										קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)					
מספר חשבון בנק			סוג חשבון			סניף			בנק																																						
1	1	6																																													
קוד המוסד (המוטב)			שם המוסד (המוטב)			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">X _____</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">חתימה וחומת הבנק</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">מספר סניף</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">שם הבנק</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">תאריך</td> </tr> </table>												X _____			חתימה וחומת הבנק			מספר סניף			שם הבנק			תאריך																							
X _____			חתימה וחומת הבנק			מספר סניף			שם הבנק			תאריך																																			