הפניקס חברה לביטוח בע"מ | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ
פקס החברה לביטוח: 03-5735111 | פקס פנסיה וגמל: 03-7329021
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(*294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה - משכנתא נטו - עד מיליון וחצי ש"ח - הצה"ב מקוצרת

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

עד 1,500,000 ש"ח - ניתן למלא הצהרת בריאות מקוצרת
מעל 1,500,000 ש"ח - יש למלא הצהרת בריאות מלאה

פרטי הסוכן

ביטוח חיים					
	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' פוליסה
ביטוח אלמנטרי					
	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' פוליסה

לא לשכוח לצרף! ○ **טופס מחולל הצעות** ○ **טופס בנק (לפי הרשימה)**

טלפון סוכן לבירורים

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:

פרטי בעל הפוליסה

✓ מבוטח ראשי

אופן הגבייה	○ הוראת קבע	○ כרטיס אשראי	**אופן התשלום**	○ חודשי
				תאריך תחילת הביטוח

פרטי מבוטח ראשון

שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	תאריך לידה
מין: ○ זכר ○ נקבה	מצב משפחתי: ○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן ____ ילדים
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

פרטי מבוטח שני

שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	תאריך לידה
מין: ○ זכר ○ נקבה	מצב משפחתי: ○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן ____ ילדים
קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף	
מקצוע	עיסוק/תחביב
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדריך המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. נא סמן ○ לא ○ כן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשמ"ב - 1982.
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן ○ לא ○ כן

○ לא ○ כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו התצהרת ?	○ לא ○ כן, פרט
○ לא ○ כן, העבר שאלון ט"ס	האם אתה בעל רשיון ט"ס / או איש צוות אויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	○ לא ○ כן, העבר שאלון ט"ס
○ לא ○ כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	○ לא ○ כן, פרט
○ לא ○ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות פוליסות בחברות אחרות?	○ לא ○ כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

○ **הפקה במסלול ירוק להלוואות חדשות בלבד (הפוליסה תימסר ע"י הלקוח בקבלת המשכנתא)**

ביטוח חיים

סכומי ביטוח לכיסוי הלוואות בהן מוחזרת הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)

פרטי ההלוואה	הלוואה מס' 1	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 4
מספר ההלוואה (מומלץ)				
סכום לביטוח (לפי המחולל)				
תקופת הביטוח (מס' שנים שנותרו עד לתום המשכנתא)				
שיעור הריבית השנתית	ריבית קבועה % _____ ריבית משתנה % _____*	ריבית קבועה % _____ ריבית משתנה % _____*	ריבית קבועה % _____ ריבית משתנה % _____*	ריבית קבועה % _____ ריבית משתנה % _____*
תאריך סיום ההלוואה				

* בהלוואות במסלול ריבית משתנה, ריבית פריים, ריבית ליבור וכיו"ב תקבע בפוליסה ריבית מינימום בשיעור 6% או כל ריבית אחרת שתקבע החברה, במועד ההפקה.

מסלול הביטוח

○ **ביטוח משכנתא בפרמיה קבועה (יסודי - 516, נוסף - 536)**

○ **ביטוח משכנתא בפרמיה משתנה (יסודי - 628, נוסף - 629)**

סכומי ביטוח קבועים לכיסוי הלוואות בהן הקרן מוחזרת בסוף התקופה והריבית באופן שוטף (בולט, בלון, קרן עומדת, גרייס וכיו"ב)

○ ריסק 1 (015) _____ ש"ח לתקופה של _____ שנים עבור מספר הלוואה _____

פרטי הבנק (במידה וקיים יותר מבנק אחד יש למלא טבלה נוספת)

שם המלווה - המוטב הבלתי חוזר		מס' סניף / שם הסניף	

ביטוח מבנה

הצעה לביטוח מבנה בתנאי משכנתא

פרטי המבוטח	שם המציע		ת.ז.
פרטי הביטוח	סכום הביטוח למבנה (הסך הכולל, לא רק סכום המשכנתא, ללא ערך הקרקע)	מתאריך	מתחדשת מדי שנה בתנאים שסוכמו לתקופה של _____ שנים
תאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת		שטח הדירה
	הדירה נמצאת בקומה _____ מתוך _____ קומות	הבנין בנוי מ: / גגו עשוי מ:	משמש ל / מ"ר
שירות מקי מים	☑ ינתן ע"י נותן השירות מטעם המבטח ○ בחירת שירות ע"י המבוטח (תחוייב בתוספת פרמיה)		
נסיון ביטוח ומקים			

פרטי בנק / המוטב בלתי חוזר

1.	שם המוטב הבלתי חוזר	סכום השעבוד ש"ח	2.	שעבוד לטובת	סכום השעבוד ש"ח

הפוליסה מיועדת לתקופת ההלוואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מידי שנה בהתאם.
הרשות בידי המבטח להודיע טרם כל חידוש על רצונו לשנות תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח

מינוי מוטבים

למבוטח הראשי

	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
במות המבוטח							

למבוטח השני

	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
במות המבוטח							

עד 1,500,000 ש"ח - ניתן למלא הצהרת בריאות מקוצרת
מעל 1,500,000 ש"ח - יש למלא הצהרת בריאות מלאה

הצהרת בריאות

	מבוטח ראשי	מבוטח שני
מבוטח ראשי: גובה _____ משקל _____ מבוטח שני: גובה _____ משקל _____		
לנשים: האם הינך בהריון?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
1. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז _____		
2. האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אבחנה _____ תרופה _____ מינון _____		
3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא (5)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות %_____ ב. סוג הנכות שנקבעה: ◯ נכות זמנית ◯ נכות קבועה ◯ טרם נקבעה נכות		
4. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10), יתר לחץ דם (9), סוכרת? (1).	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
5. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת - גידול סרטני (7), מחלות ריאה, אסטמה (4), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים (5)(10), הפרעות נפשיות (8), מחלות דרכי עיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2) ומחלות פרקים (3)	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם הינך מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____		
6. האם הינך סובל/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
7. האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגלוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, צינטור, M.R.I , C.T. אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים.	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
אם כן ציין סוג הבדיקה _____ תאריך _____ אבחנה _____ האם בדיקה תקינה? _____		
8. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל ? מבוטח ראשי - פרט :		
מבוטח שני - פרט:		
האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____		
מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____		
האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
האם הינך צורך משקאות חריפים?	◯ כן ◯ לא	◯ כן ◯ לא
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות		

פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו'

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

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 המבוטחים

	✓		✓
תאריך	שם המועמד לביטוח ראשון	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח ראשון
	✓		✓
תאריך	שם המועמד לביטוח שני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח שני

יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים | מבנה

לכבוד			
	בנק	סניף	כתובת

הנדון: יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים מבנה

1. אני החתום מטה מבוטח בביטוח חיים/מבנה אצלכם/בחברת ביטוח _____ בגין הלוואת משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.
2. הריני מבקש לבטל את ביטוח חיים/מבנה ביום _____
3. אבקש להפסיק את הגביה בגין הפוליסה שביטולה התבקש ביום הביטול.
4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח חיים ומבנה בחברת הביטוח "הפניקס".
5. אני מייפה את כוחה של "הפניקס חברה בטוח בע"מ" טל' 03-7332425/88, פקס. 03-7325541 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטוח החיים/מבנה בגין המשכנתא לרבות התאמת סכומי הביטוח לתקרת ההלוואה בבנק, ביטול ועריכת פוליסה חלופיות.
6. אבקשכם לא לחייב אותי לביטוח חיים בגין מענקים שקיבלתי ע"פ הוראת משרד הבינוי והשיכון.

חתימת מבוטח ראשון	ת.ז.	חתימת מבוטח שני	ת.ז.
✓		✓	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

שם בעל הכרטיס	ת.ז.	תוקף כרטיס עד	מס' הכרטיס	חתימת בעל הכרטיס

הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח חיים)

לכבוד

בנק	סניף	מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

כתובת הסניף	קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
	611	

1. אני/ו הח"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.ז. / ח.פ.

כתובת			
רחוב	מספר	עיר	מיקוד

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו 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 להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך		חתימת בעל החשבון
		✓

אישור הבנק

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

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
611	

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם 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.

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
			✓

הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח מבנה)

לכבוד

בנק	סניף

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

כתובת הסניף

קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
511	

1. אני/ו הח"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.ז. / ח.פ.

כתובת

רחוב	מספר	עיר	מיקוד

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו 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 להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך		חתימת בעל החשבון
		✓

אישור הבנק

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 גבעתיים 53454

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
511	

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם 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.

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
			✓

הצהרות

שם מבוטח ראשון	ת.ז.	שם מבוטח שני	ת.ז.

1. אני/ו החתומ/ים מטה, המבוטח ו/או המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לחברות בקופת הגמל, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר ל"הפניקס" ו/או להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "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. (3) הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה. (4) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
2. אני הח"מ מסכים כי על פי בקשתי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
3. 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" ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"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 ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.

תאריך	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני
	✓	✓

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני
	✓	✓

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספות ו/או מגבלה ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

תאריך	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני
	✓	✓

אישור סוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ואת המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידיהם.

תאריך		חתימת הסוכן
		✓