

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון המורים העל יסודיים בבתי הספר והמכללות
ובני משפחותיהם - כולל הצהרת בריאות**

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

מעוניין להצטרף לפוליסה: "קו למורה" / השתלות ותרופות / מסלול ניתוחים – ללא השתתפות עצמית
(יש לסמן בעיגול את הבחירה)

תאריך תחילת החברות: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח							
רופא בקליק	שילוב שירותי שב"ן	ביטול השתתפות עצמית*	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			חבר/ה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			*ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			*ילד עד גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			ילד מעל גיל 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז / נ	/ /			ילד מעל גיל 25

"קו למורה" - הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים משלים שב"ן באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל – מסלול שב"ן, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל ושירותים אמבולטוריים.

השתלות ותרופות - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.

***מסלול ניתוחים – ללא השתתפות עצמית – בתוספת דמי ביטוח:**

ידוע לי כי ככל ואבטל את סעיף זה הביטול יגרור אחריו את ביטול הפוליסה והחברים בה. תקופת אכשרה בסעיף זה הינה 120 ימים.

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

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מבניהם):

- 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	ישוב	מס' בית	רחוב	
e-mail [] [] דואר ישראל							חבר/ה
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
e-mail [] [] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר שישי

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד ראשי		מועמד משני		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:
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												1. גובה (בס"מ) משקל (בק"ג) האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי? <u>ילידים עד גיל 16</u> (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, קולונסקופיה, 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) האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?
												3. 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)
												4. האם הנך נוטל תרופות שתרשמו 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. 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?
												6. 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
												7. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים : 8.1 מחלות מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר השנים האחרונות), מומי לב מולדים? 8.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז? אוטיזם, תסמונת דאון? 8.3 מחלות מערכת העיכול, ושט, תרסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה? 8.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית, לבלב-פנקריאס, בלוטת התריס (תירואיד), חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונלית? 8.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטיות? 8.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/ נחירות)? סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה? 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? ילידים 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)											
בנוסף לשאלות לעיל:											
9. ילידים (עד גיל 18): א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. בנוסף לילידים 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')

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה
		X
		X
		X
		X
		X
		X
		X

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

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת
הנני מסכים כי המידע אודותיי 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, פיננסים 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: <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים

משלים שב"ן – גילוי נאות

- א. הכיסי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישלמו 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 כיסי 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 כיסי 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 לכיסי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

תקופת אכשרה

בעת שדרוג ביטול השתתפות עצמית - תקופת אכשרה לכיסי זה עבור מבטח קיים – 120 ימים.
למצטרפים חדשים תקופת האכשרה היא - 90 ימים

הצהרת המועמדים לביטוח

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.
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 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.
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 יישמר 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.
4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
7. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי תגבה באמצעות אמצעי גבייה אישי.

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 צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש 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 ו/או 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	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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דינרס / תמורה / אחר (למשלמים בכרטיס תמורה ניתנת הנחה בשיעור של 5%)

מספר כרטיס:			תוקף הכרטיס עד		

שם בעל/ת הכרטיס _____ מס' זהות _____ X חתימת 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 בחשבונך 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	סניף	שם בעל/ת הכרטיס

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב: ₪ _____
 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

מבקשים/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

- על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- 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.
- אחרי/נהיה רשאים/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.
- אחרי/נהיה רשאים/ם לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ליל/נו 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 בעל/י החשבון

תאריך _____

אישור הסוכנת

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.

תאריך	שם הסוכנת	מס' הסוכנת	חתימה + חותמת סוכנת/ות

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנת, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

אישור הבנק

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

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

קבלנו הוראות מ _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/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 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 סניף	חתימה וחתימת הבנק