

הצעה לביטוח חיים ו/או מבנה - משכנתא נטו

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

פרטי הסוכן			
שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח / מס' המפקח	מס' פוליסה
שם הסוכן	מס' הסוכן	סניף / סוכמת	מס' פוליסה

לא לשכוח לצרף! טופס מחולל הצעות **טופס בנק (לפי הרשימה)** טלפון סוכן לביטוחים

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: <input checked="" type="checkbox"/> מבוטח ראשי			
אופן הגבייה	<input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> כרטיס אשראי	אופן התשלום	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי
תאריך תחילת הביטוח			

פרטי המבוטח השני		פרטי המבוטח הראשי	
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	ת.ד.	ס"ב	ת.ד.
תאריך לידה	ת.ד.	תאריך לידה	ת.ד.
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
מין	המצב המשפחתי	מין	המצב המשפחתי
מקצוע	עיסוק	מקצוע	עיסוק
קופת חולים	הרופא המטפל	קופת חולים	הרופא המטפל
כתובת הסניף		כתובת הסניף	
תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות		תחביבים מסוכנים (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט, בהתאם למדרג המקצועות	

כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	e-mail
-------	-----------	----------------	--------

הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקשורות אליכם לקבל באמצעות הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע שהוא לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשרות (בזק ושירותים), 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

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד באורח חיך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרת?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס	האם אתה בעל רישיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טייס
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם הוגשה בעבר או מוגשת כעת הצעה לחברת "הפניקס"?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות הצעות פוליסות מחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> 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)

הלוואה מס' 4	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 1	פרטי ההלוואה מספר ההלוואה (מומלץ) סכום לביטוח (לפי המחולל) תקופת הביטוח (מס' שנים שנותרו עד לתום המשכנתא)
ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	ריבית קבועה _____ % ריבית משתנה * _____ %	שיעור הריבית השנתית ומסלול הריבית
0 1	2 0	0 1	2 0	0 1

* 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 (510) 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.ד.
פרטי הביטוח	ש"ח מתאריך _____ סכום הביטוח למבנה (הסך הכולל, לא רק סכום המשכנתא, ללא ערך הקרקע)	מתחדשת מדי שנה בתנאים שיסוכמו לתקופה של _____ שנים
תאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת	מ"ר
הדירה נמצאת בקומה _____ מתוך _____ קומות	הבניין בנוי מ: _____	גג עשוי מ: _____
שירות מקי מים	<input checked="" type="checkbox"/> יתן ע"י פמי פרימיום בלבד <input type="checkbox"/> בחירת שירות ע"י המבוטח (תחוייב בתוספת פרמיה)	
נסיון ביטוח ומקיים	משמש ל _____	

פרטי בנק / חברה המשעבד

1	ש"ח	שעבוד לטובת	סכום השעבוד
2	ש"ח	שעבוד לטובת	סכום השעבוד

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

מינוי מוטבים

סכום הביטוח עד לגובה יתרת הלוואה ישולם למוטב הבלתי חוזר כרשום להלן, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת תשלום ל:

למבוטח הראשי						
שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
ס"ב				ז / ב		
ס"ב				ז / ב		
למבוטח השני						
שם	ת.ד.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
ס"ב				ז / ב		
ס"ב				ז / ב		

הצהרת בריאות - מבוסס ראשי

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

הנני מצהיר אודות מצב בריאתי 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"/>
אם כן, בא 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)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הגשת בקשה / קבלת / הכר מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות	
4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין	תרופה
מינון	
5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפזת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין מתי	משך האשפוז
סיבת האשפוז / הניתוח	
6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הינך צורך משקאות חריפים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	
7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן, ציין מספר סגריות ליום	משך העישון בשנים
מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	
8. האם היית או הינך 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.	
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיומיופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט?	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 פריין, 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, גדת, 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 הנך מרכיב משקפיים, בא 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 הינך 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
אם הבדיקה הייתה תקינה	אבחנה
האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
10. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11.	

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

חתימת המבוסס הראשי

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

הצהרת בריאות - מבוסס ראשי

300101001

הצהרת בריאות - מבוסס שני

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

		הנני מצהיר אודות מצב בריאתי 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"/>		
		מחלה או סיבת מוות	קירבה
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"/>		
		האם הגשת בקשה / קבלת / הנהר מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
		אם כן, נא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות	
4.	האם נטלת בעבר או היך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
		מינון	תרופה
5.	האם עברת ניתוח בעבר, או היך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
		סיבת האשפוז / הניתוח	משך האשפוז
6.	האם היך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
		האם היך צורך משקאות חריפים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
		אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות	
7.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
		מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)	משך העישון בשנים
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.		
		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 (טרומבוזת), אחר (10), יתר לחץ דם (9)? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
		האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
		ב. מחלות ממאירות וגיידול 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 פריין, 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 נכיות ופציעות) כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
		שמאל	ימין
		אם הנהר מרכיב משקפיים, נא ציין מספר דיאופטריות: ימין _____ שמאל _____	
י.	מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציתמיה, 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"/>		
		אבחנה	תאריך
		האם הבדיקה הייתה 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 בכושר 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	4. דרכי הנשימה	7. גידולים	10. שאלון מחלות כללי
2. גב ועמוד השדרה	5. נכיות/פציעות	8. בעיות נפשיות	
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	6. דרכי העיכול	9. שאלון יתר לחץ דם	

חתימת המבוסס השני

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

לכבוד	בנק	סניף	כתובת
הנדון: יפוי כח לביטול פוליסה לביטוח חיים/מבנה			
1. אני החתום מטה מבוטח *ביטוח 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 הלוואה בבנק, ביטול ועריכת פוליסה חלופיות.			
6. אבקשכם לא לחייב אותי לביטוח חיים בגין מענקים שקיבלתי ע"פ הוראת משרד הבינוי והשיכון.			
חתימת בעל הפולסה	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני	חתימת בעל הכרטיס
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ת.ד.	ת.ד.	ת.ד.	ת.ד.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
שם המבוטח / שם בעל הכרטיס	ת.ד.	תוקף הכרטיס	מס' הכרטיס
<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת בעל הכרטיס			

הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח חיים)			
לכבוד	בנק	סניף	מספר החשבון בבנק
			סוג חשבון
			קוד סניף
			קוד בנק
חתימת בעל החשבון	קוד מוסד	611	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' הזדהות/ח.פ. של בעל החשבון	סניף	
אנ/ו הח'מ'	כתובת	רחוב	מספר
		עיר	מיקוד
1. נתתי/ם לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניככם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".			
2. ידוע לי/לנו כי: <ul style="list-style-type: none"> א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס 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 מתשעים 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 שציינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו 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, ויודיע 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/מאתם.			
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותמאי הצמדתן.			
חתימת בעל החשבון	תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	

אישור הבנק			
לכבוד	הפניקס חברה לביטוח בע"מ	ת.ד. 25333	תל-אביב 61253
מספר החשבון/נום בבנק	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
			<input checked="" type="checkbox"/>
קבלנו הוראות מ-_____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נום 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 הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.			
חתימת בעל החשבון	תאריך	שם הבנק	מספר הסניף

טבלת עזר למילוי פרטי ההלוואה - ביטוח חיים				
פרטי ההלוואה	הלוואה מס' 1	הלוואה מס' 2	הלוואה מס' 3	הלוואה מס' 4
סוג המידע הידוע	נתוני מקור / נתוני יתרה			
סכום מקורי / סכום יתרה (כולל הפרשי הצמדה, פיגורים וכיו"ב)				
תאריך מקורי / תאריך יתרה				
תקופה מקורית / יתרת תקופה				
תאריך סיום				
שיעור הריבית	○ ריבית קבועה % _____ ○ ריבית משתנה % _____	○ ריבית קבועה % _____ ○ ריבית משתנה % _____	○ ריבית קבועה % _____ ○ ריבית משתנה % _____	○ ריבית קבועה % _____ ○ ריבית משתנה % _____

הרשאה לחיוב חשבון (ביטוח מבנה)			
לכבוד		בנק	
סניף		סניף	
מספר החשבון בבנק		מספר החשבון בבנק	
קוד בנק		קוד בנק	
קוד חשבון		קוד חשבון	
סוג חשבון		סוג חשבון	
511		511	
קוד מוסד		קוד מוסד	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
כתובת הסניף		כתובת הסניף	
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			
מס' הזהות/ח.פ. של בעל החשבון			
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			
מספר			
עיר			
מיקוד			
1. את/ה הח"מ			
2. כתובת			
<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ", כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p> <p>ידוע לילנו כי:</p> <p>2. א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", שתיכנס 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 מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. ידוע ל/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.</p> <p>4. ידוע ל/נו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח ל/נו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. בא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.</p> <p>פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.</p>			
תאריך		חתימת בעל החשבון	

אישור הבנק			
לכבוד		לכבוד	
הפניקס חברה לביטוח בע"מ		הפניקס חברה לביטוח בע"מ	
ד"ר השלום 53 גבעתיים 53454		ד"ר השלום 53 גבעתיים 53454	
מספר החשבון בבנק		מספר החשבון בבנק	
קוד בנק		קוד בנק	
קוד חשבון		קוד חשבון	
סוג חשבון		סוג חשבון	
511		511	
קוד מוסד		קוד מוסד	
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/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/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יסגור בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p> <p>בכבוד רב,</p>			
תאריך		חתימת וחותמת הבנק	
שם הבנק		מס' סניף	
מס' סניף		חתימת וחותמת הבנק	

הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

<p>1. אני/ו החתום/ים מטה, המבוטח, פונה ומבקש בזה מ"הפניקס" להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו. אני/ו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי: (ז) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ב) 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. (ג) הרשות בידכם 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. (ד) תשובתי ו/או המידע שימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1891- וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.</p>			
<p>2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 57% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.</p>			
<p>3. אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תינתן 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 שירותי/אם מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.</p>			
<p>4. 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 ניהול קרנות פנסיה וגמולים 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 מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם 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 עובדי וביא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.</p>			
<p>תאריך</p>	<p>חתימת בעל הפוליסה</p>	<p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p>חתימת המבוטח השני</p>

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשך 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.

<p>תאריך</p>	<p>חתימת בעל הפוליסה</p>	<p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p>חתימת המבוטח השני</p>
--------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

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.

<p>תאריך</p>	<p>חתימת המבוטח הראשי</p>	<p>חתימת המבוטח השני</p>
--------------	---------------------------	--------------------------

אישור הסוכן

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>תאריך</p>	<p>שם הסוכן</p>	<p>מס' רשיון הסוכן</p>	<p>חתימה וחותמת הסוכן</p>
--------------	-----------------	------------------------	---------------------------