

בקשה לשינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים בפוליסת פרט

| | | | | |
|------------|----------|-----------|----------|-----------|
| פרטי הסוכן | שם הסוכן | מס' הסוכן | שם המפקח | מס' המפקח |
|------------|----------|-----------|----------|-----------|

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 | | | |
| שם בעל הפוליסה | ת.ז. | מס' טלפון | מס' נייד |
| כתובת | | דואר אלקטרוני | |
| <p>אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>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 ושירותים), התשמ"ב - 1982.</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> | | | |

| | | | |
|---|------------|------------------------|------------|
| פרטי המבוטח הראשי | | פרטי המבוטח שני | |
| שם משפחה | שם פרטי | שם משפחה | שם פרטי |
| ת.ז. | תאריך לידה | ת.ז. | תאריך לידה |
| <p>אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>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 ושירותים), התשמ"ב - 1982.</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> | | | |

שינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים

| | | | | | | | | |
|--|-------------|----------------|-----|------------|-------------|----------------|-----|---|
| אבקש לבצע את השינויים הבאים בפוליסות הרשומות מטה - הסכומים במדד _____ נק' שפורסם בתאריך _____ | | | | | | | | |
| מספר פוליסה לעידכון/שינוי | | | | | | | | הביטוח/הכיסוי בו חל השינוי |
| מבוטח ראשי | | | | מבוטח משני | | | | |
| שם המבוטח | | הת.ז. | | שם המבוטח | | הת.ז. | | <input type="radio"/> ריסק 1 (511, 512) <input type="radio"/> ריסק 5 (404, 405) <input type="radio"/> מוות מתאונה (909) <input type="radio"/> נכות מתאונה (52) <input type="radio"/> עווד בחיים <input type="radio"/> מרפא <input type="radio"/> פלטינה (523, 533) <input type="radio"/> זהב (522, 532) <input type="radio"/> כסף (521, 531) <input type="radio"/> ארד (520, 530) אחר |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |
| הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | הוספת סכום | הגדלה לסכום | ביטוח כולל בסך | ש"ח | |

במקרים בהם בקשת השינוי היא להוספה ו/או הגדלה של כיסוי או סכום ביטוח יש למלא הוכחת מצב בריאות. אם הפרמיה בפוליסה היא מעל 20,000 ש"ח שנתי, יש להמציא מסמכים על פי צו איסור הלבנת הון: צילום ת"ז והצהרה ראשונה.

האם קיימות פוליסות ביטוח מרפא בתוקף? לא כן, אם כן, יש למלא ולחתום על שאלון החלפה.

| טבלת עזר לחישוב סכום ביטוח יורד על פי תקופה | | |
|---|---|--|
| מס' סידורי | מלא את הסכום חודשי הנדרש או כאחוז מהשכר בפוליסה או בשקלים | |
| | סכום חודשי בשקלים | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

| ביטוחים נוספים לילדים* | | | | |
|------------------------|---|-----------------|---------------------------------|--|
| פרטי הילדים | סוג הכיסוי | סכום ביטוח בש"ח | הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך | השתנות הפרמיה תגבה |
| שם הילד | <input type="radio"/> נכות מתאונה (152) | | ש"ח _____ | |
| ת.ז. | <input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים (634) | | ש"ח _____ | <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) |
| שם הילד | <input type="radio"/> השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744) | | | |
| ת.ז. | <input type="radio"/> נכות מתאונה (152) | | ש"ח _____ | |
| שם הילד | <input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים (634) | | ש"ח _____ | <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) |
| ת.ז. | <input type="radio"/> השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744) | | | |
| שם הילד | <input type="radio"/> נכות מתאונה (152) | | ש"ח _____ | |
| ת.ז. | <input type="radio"/> מרפא - רפואי משלים (634) | | ש"ח _____ | <input type="radio"/> מעל, בנוסף לתקציב (3) <input type="radio"/> מתוך התקציב (1) |
| שם הילד | <input type="radio"/> השתלות ועוד + סל הזהב (1716+1744) | | | |

ביטוח אובדן כושר עבודה והרחבות נוספות

פיצוי חודשי במקרה אובדן כושר עבודה ש"ח _____

שכר החודשי ש"ח _____

ביטוח לגיל _____ (אפשרי 60-67) - בהעדר הנחיה ייקנה הביטוח לגיל 67

האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לתשלום פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה? לא כן, גובה הפיצוי ש"ח _____

השתנות הפרמיה (ראה הערה בהמשך) מתייחס לכיסויים בפרמיה משתנה בלבד.
הגבלת הפרמיה לכיסוי תהיה עד לסך ש"ח _____ מעל, בנוסף לתקציב (3) מתוך התקציב (1)

פיצוי ושחרור בפרמיה משתנה (2828) פיצוי ושחרור בפרמיה קבועה (2826)
 שחרור בלבד בפרמיה משתנה (2829) שחרור בלבד בפרמיה קבועה (2827)

תקופת המתנה בחודשים 3 6 12

נא לסמן הרחבות מבוקשות

ביטול החרגה לתאונות עבודה עבור אובדן כושר עבודה הבסיסי (9)

פרנציזה - תשלום נוסף בגין חודשיים (1)

נכות חלקית - ניתן לבחור רק אחת מבין האפשרויות הבאות:
* נכות חלקית ללא החרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (4) הרחבה משופרת (6) הרחבה מושלמת (8)
נכות חלקית עם החרגת תאונות עבודה הרחבה רגילה (3) הרחבה משופרת (5) הרחבה מושלמת (7)
* מותנה ברכישת הרחבה 9

הרחבה עיסוקית (2) - למעט צווארון כחול

הרחבה להגדלת פיצוי מיוחדת במקרי שיקום וסיעוד (10) - גיל כניסה מקסימאלי 55

לנוחיותך, ניתן לסמן אחת מבין האפשרויות של צירופי ההרחבות: 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 2828 כולל הרחבות: 1 + 2 + 6 + 9 + 10

◀ "עד שתוכל" - ביטוח אובדן כושר עבודה משלים לעמיתי קרנות הפנסיה (במקצועות צווארון לבן)

| מבטוח ראשי | | | | מבטוח שני (ירכש בפוליסה נפרדת) | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? | | | | האם הינך עמית באחת מקרנות הפנסיה המפורטות? | | | |
| <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ | | | | <input type="radio"/> קרן פנסיה ותיקה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ | | | |
| <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ | | | | <input type="radio"/> קרן פנסיה חדשה: שם הקרן _____ החל מתאריך _____ | | | |

| מבטוח ראשי | | | | מבטוח משני | | | |
|-----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
| ביטול | פיצוי בגובה של | הגדלה לסקום פיצוי בגובה | הוספת סכום פיצוי בגובה של | ביטול | פיצוי בגובה של | הגדלה לסקום פיצוי בגובה | הוספת סכום פיצוי בגובה של |
| | ש"ח | ש"ח | ש"ח | | ש"ח | ש"ח | ש"ח |
| | ש"ח | ש"ח | ש"ח | | ש"ח | ש"ח | ש"ח |
| <input type="radio"/> ביטול | | | <input type="radio"/> הוספת | <input type="radio"/> ביטול | | | <input type="radio"/> הוספת |

◀ הערה

בכסויים בהם הפרמיה משתנה, הפרמיה לכסוי יכולה להשתנות בהתאם למקרים הבאים -

מעל - בנוסף לתקציב - כלומר הפרמיה הכוללת לפוליסה תוגדל במועד ההשתנות. במידה והוגבל סכום הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן הכסוי בהתאם.

מתוך התקציב - כלומר הפרמיה לכסוי תוגדל במועד ההשתנות ותיכנס ע"ח החיסכון בפוליסה. במידה והוגבלה הפרמיה לכיסוי, ועלות הכסוי גבוהה מהתקרה שניתנה - יוקטן סכום הכסוי בהתאם.

אם לא הוגבל סכום הפרמיה לכסוי, יירכש הכסוי מתוך ההפרשות כל עוד קיימת פרמיה לחסכון. בשלב בו לא נותרה פרמיה לחסכון - תוגדל הפרמיה הכוללת לפוליסה.

במידה ולא ניתנו הנחיות, תהיה ברירת המחול מעל, בנוסף לתקציב, ללא מגבלת פרמיה.

בכל מקרה לא תחרוג עלות הכסויים מהתקציב המותר על פי התקנות. במידה וחרגה מהתקציב המותר יוקטן הכסוי על פי תנאי הפוליסה.

◀ שאלון החלפה

האם כחלק מרכישת תוכניות הביטוח המבוקשות יבוטלו תוכניות אחרות הקיימות בפוליסות אחרות שברשותך? כן לא

במידה והתשובה לשאלה לעיל חיובית, יש להמציא מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לרכישת / הגדלת הכסויים בפוליסה זו.

◀ הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.

הריני מצהיר/ה בזה כי הימדיע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירופי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי הימדיע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

◀ חתימת המועמדים לביטוח - הראשי והשני

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|------|---------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| תאריך | שם המועמד לביטוח הראשי | ת.ז. | חתימת המועמד לביטוח הראשי | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| תאריך | שם המועמד לביטוח השני | ת.ז. | חתימת המועמד לביטוח השני | |

◀ אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד המבטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו. הצעה זו נחתמה בכפוף לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.

| | | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------------|-------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| תאריך | שם הסוכן | מס' רישון הסוכן | חתימה וחותמת סוכן | |

טופס אמצעי תשלום

| | |
|--|---------------------------|
| תשלום באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר | |
| תוקף | מס' כרטיס האשראי |
| <input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס | מס' ת.ז. שם בעל הכרטיס |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|-------------|
| תשלום באמצעות הוראת קבע | | לכבוד |
| קוד בנק | קוד סניף | סניף |
| סוג החשבון | מס' החשבון בבנק | בנק |
| אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) | 611 קוד מוסד | כתובת הסניף |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|
| 1 | אני/הח"מ | שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק | מס' ת.ז. / ח.פ. |
| | כתובת | רחוב | מספר |
| | | עיר | מיקוד |
| 2 | ידוע לילינו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו. | | |
| 3 | ידוע לילינו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ". | | |
| 4 | ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לילינו 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 לביצועו. | | |
| 6 | הבנק רשאי להוציא/ני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילינו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. | | |
| 7 | נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו. | | |

| | |
|--|-------|
| פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון | תאריך |

אישור הבנק

| | | | |
|---------|----------|-----------------------------------|-----------------|
| קוד בנק | קוד סניף | סוג החשבון | מס' החשבון בבנק |
| | | | 611 |
| | | אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) | קוד מוסד |

לכבוד
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435
 טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצועו, 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 בהתייבויתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

| | | | |
|---|------------|---------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחותמת הבנק | מספר הסניף | שם הבנק | תאריך |
|---|------------|---------|-------|