

טופס הצטרפות לביטוח השיניים של משטרת ישראל - חלון ההצטרפות מרץ 2026

טופס גביה פרטית לגמלאים, הורים שכולים, אלמונים/ות

פרטי המבוטח/ת הראשית			
2026			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין
כתובת	כתובת דואר אלקטרוני	טלפון נייד	

במועד ההצטרפות, יציין המבוטח הראשי בבירור לאיזה כיסוי ביטוחי יצטרף ו/או יצרף את בני משפחתו.

1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השיניים של משטרת ישראל.

2. ההצטרפות לביטוח במסגרת "חלון ההצטרפות" הינה במהלך 120 יום מתאריך 1.3.2026 ומחייבת תשלום דמי ביטוח **רטואקטיבי** מיום 1.3.2026.

3. **למצטרפים במהלך "חלון ההצטרפות", תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים מיום ההצטרפות (1.3.2026) וזאת בגין הטיפולים הפרוטיים, השתלות השיניים והאורתודונטיה.**

המבוטח/ת הראשית	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	נא לסמן כיסוי מבוקש	
						ביטוח בסיסי למבוגר/ ביטוח ילדים	ביטוח מורחב למבוגר
בן/בת זוג	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה		

ילדים בגיל 0-21

ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	ביטוח ילדים (משמר+אורתודונטיה) ילדים בגיל 0-6 מבוטחים ללא תשלום פרמיה. כל ילד מגיל 6 ומעלה - בתשלום חודשי של 35.37 ש"ח, ילד שלישי ואילך בחינם*
						(* במועד החידוש, החברה רשאית לבטל את ההטבה למצטרפים חדשים וגם עבור מבוטחים קיימים שכבר צורפו לפוליסה וטרם צירפו את ילדם השלישי.
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	

ילדים בוגרים מעל גיל 21

ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	
ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	

הערות לחברת הביטוח:

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			יישוב	מס' בית	רחוב
מועמד ראשון/ בעל פוליסה					
מועמד שני					
ילד בוגר- שם:					

**** בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף, ככל שלא תבחר את 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).**

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - 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.

הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח
 ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות".

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין
 רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי. לידעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

הצהרות והסכמות להיכלל במאגרי מידע לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)
 הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או יימסר אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית**, על-ידי החברה ומי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע אך ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה או לחברות הקבוצה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדויק. **ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאלבטל מהחברה עמה התקשרתי, על ידי עדכון באזור האישי (תחת עדכון פרטים אישיים - ניהול הסכמות) וכן באמצעות פנייה לחברה בכל אמצעי ההתקשרות הקיימים בחברה.**

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסיים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

** **"בינה מלאכותית"** - עיבוד מידע באמצעות מערכות בינה מלאכותית כפי שיעודכן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

הצהרות המועמד לביטוח

- 1. תקופת הביטוח למצטרפים במסגרת "חלון ההצטרפות", הינה מיום 1.3.2026 ועד 29.2.2028.**
- זכאותי לקבלת טיפולי שיניים משמרים ופריודונטליים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד אשלם את דמי הביטוח. זכאותי לקבלת טיפולי שיניים פרוטטיים, השתלות שיניים ואורתודונטיה, תהא מתום תקופת האכשרה ביום 1/3/2027 ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד אשלם את דמי הביטוח.
- דמי הביטוח המפורטים לעיל, צמודים למדד מידי חודש בהתאם לתנאי הפוליסה ונכונים ליום 15.12.23.

הצהרות נוספות

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
- הצעה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
- אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- הריני לאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח, הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.
- 7. ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים ובתי חולים 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 אקסלנס פנסיה וגמל 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 מרופאים 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.
- 8. תנאי הביטוח**

בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו: תום תקופת הביטוח הקבוצתי, סיום שירות במשטרה, גירושין, פטירה חו"ח, יציאה לחל"ת, גיוס לצה"ל, הגיע ילד לגיל 21 אלא אם בחר להמשיך, ביטול על פי סעיף 8.1.2 לפוליסה והמפורט בסעיפים 8.1-8.2 להלן.

ובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובתנאי הפוליסה.

הצהרות נוספות - המשך

מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 8.1-8.2 להלן:
 8.1 . מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

א. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלוש רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מבניהם (להלן: "התקופה הקובעת").
 לענין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.
 במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף - במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.

ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

8.2 . גובה החזר הכספי האמור בסעיף 8.1 לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לענין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו: "סך תגמולי הביטוח" סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 8.1 א', חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 8.1 א', הפרמיות לצורך חישוב החזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

9. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - 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, פיננסיים 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. **○ לא מסכים**

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסיים בע"מ וחברות בשליטה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהייה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

בחינת על טופס זה אני מעניק הסכמה לרכישת כל אחת מתכניות הביטוח אותן סימנתי.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר _____

התחייבות כספית

בקשתי להצטרפות מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקשת/בזה לנכות מחשבוני עבורי ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות ביטוח, מדי חודש בחודשו, החל ממועד ההצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה.

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימה	שם פרטי	שם משפחה	תאריך

תשלום באמצעות כרטיס אשראי (כרטיס מסוג "נטען" או "דיירקט" לא מתקבל בחברתנו)				
<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר				
X				
מס' כרטיס האשראי	תוקף	ת.ז.	שם מלא	חתימת בעל הכרטיס

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון - תנאי הסדר תשלומים

1. בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים, פעולת חיוב סכום זה בחשבונך תשממש 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 תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק, כמו כן, ניתנת לבעל 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

	לכבוד												
<p style="text-align: center;">תאריך</p>													
<p style="text-align: center;">בנק</p> <p style="text-align: center;">סניף</p> <p style="text-align: center;">("הבנק")</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">מס' חשבון</td> <td style="width: 25%;">סוג חשבון</td> <td style="width: 25%;">סניף</td> <td style="width: 25%;">בנק</td> </tr> <tr> <td>5 1 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד (המוטב)</td> <td>שם המוסד (המוטב)</td> <td>אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> <td></td> </tr> </table>	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק	5 1 1				קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק										
5 1 1													
קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)											
<p><input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p> <p>או -</p> <p>הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:</p> <p>תקרת סכום החיוב: ש"ח _____</p> <p><input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p>													
<p style="text-align: center;">אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>													

1	<p>אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")</p> <p style="text-align: center;">שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</p> <p>מבקשים בזה להקים בחשבונינו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבונינו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).</p>
2	<p>כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.</p> <p>ב. 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.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאים 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p> <p>ד. אהיה/נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.</p> <p>ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.</p> <p>ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.</p> <p>ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p>
3	<p>אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.</p>
X	חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

X	חתימת בעל החשבון	תאריך
----------	------------------	-------

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