

**טופס גביה פרטית - ביטוח שיניים קבוצתי לפורשי וגמלאי בנק דיסקונט לישראל**

<b>דיסקונט פורש 2023</b>		
שם הקולקטיב	ת.ז.	שם הפורש/ת

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני	

הנני מבקש/ת להצטרף לביטוח ואו לצרף את בני משפחתי לביטוח שיניים קבוצתי לפורשי וגמלאי בנק דיסקונט לישראל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עד ליום 31.8.2028.

1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השיניים של בנק דיסקונט.

2. ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 90 יום מיום תחילת הביטוח (1.9.2023), או מיום הזכאות להצטרף לביטוח (על פי תנאי הפוליסה) ומחייבת תשלום דמי ביטוח **רטרואקטיבי** מיום תחילת ההסכם (1.9.2023) או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.

3. ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בנין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח..

פרטי המועמדים לביטוח					
מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	
					גמלאי/ת, פורש/ת
					בן/בת זוג
					ילד/ה 1
					ילד/ה 2
					ילד/ה 3
					ילד/ה 4

תקופת הביטוח				
מ	ועד	31.8.2028	ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31.8.2028 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח")	
תקופת הביטוח				

דמי הביטוח - בהתאם להוראות סעיף 3.5 בפוליסה (התאמת פרמיה)				
גמלאי/ת, פורש/ת -	בן/ת זוג -	ילד בוגר מעל גיל 21 -	ילד בגיל 3 עד 21 -	ילד שלישי ואילך (במניין הקטינים) - חנינם* (* במועד חידוש הפוליסה בתום תקופת הביטוח, החברה רשאית לבטל את ההטבה למצטרפים חדשים וגם עבור מבטחים קיימים שכבר צורפו לפוליסה וטרם צירפו את ילדם השלישי.
127.77 ש"ח	127.77 ש"ח	127.77 ש"ח	68.88 ש"ח	
המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.5.23.				

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		
			רחוב	מס' בית	יישוב
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 וחיסכון 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 קטנים 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. לידיעתך, 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 לפי חוק הגנת הפרטיות**

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 ישמר 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). ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

X	X	X
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

**הצהרות המועמד לביטוח**

- 1. תקופת הביטוח הקולקטיבית הינה 5 שנים 1/9/2023 ועד 31/8/2028.**
- זכאותי לקבלת טיפולי שיניים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד אשלם את דמי הביטוח.
- דמי הביטוח המפורטים לעיל, יוצמדו למדד על פי המדד שפורסם ביום 15/5/2023.

**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.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוסטרופוס 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 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 תהי רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

**הצהרות נוספות - המשך**
**8. תנאי הביטול**

בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסימומו: תום תקופת הביטוח הקבוצתי, גירושין, פטירה חו"ח, הגיע ילד לגיל 21, ביטול על פי סעיף 5.3 ו- 5.6 לפוליסה.

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

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 שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מבניהם (להלן: "התקופה הקובעת").

לעניין 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 בנין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

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

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו: "סך תגמולי הביטוח" סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בנין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 8.1 א', חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בנין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בנין 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 ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בנין סל הטיפולים החדש בלבד.

<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
חתימת ילד בוגר _____	חתימת המועמד השני	חתימת המועמד הראשי

**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.

<b>X</b>			
חתימה	שם פרטי	שם משפחה	תאריך

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				
<b>X</b>				
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**

תאריך				<b>לכבוד</b>
בנק	מס' חשבון			_____
סניף	סוג חשבון	סניף	בנק	_____
קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	5 1 1	_____
<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <b>או -</b> <input type="radio"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____ / ____ / ____. <b>לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</b>				("הבנק") _____

**אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.**

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") <b>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/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). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. 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. ג. אהיה/נהיה רשאים/ים 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאים/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3 אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	<b>X</b>
	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.**

<b>X</b>	חתימת בעל החשבון	תאריך
----------	------------------	-------

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