

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לגמלאי סגל אקדמי בכיר באוניברסיטת ת"א ובני משפחותיהם
בהתאם לתנאי הפוליסה

(1) פרטי מועמד ראשית (הגמלאי/ת)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	
קופת חולים		סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד					
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	כתובת דוא"ל	
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:			
גובה:	משקל:				
התוכנית המבוקשת (סמן את התוכנית המבוקשת)					
<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ "מהשקל הראשון"		<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ משלים שב"ן			

(2) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה	משקל	מסלול כיסוי נבחר*
בן/בת זוג								<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד 1 עד גיל 21								<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד 2 עד גיל 21								<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד 3 עד גיל 21								<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד בוגר מעל גיל 21								<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
פרטים נוספים:	שם קופת החולים		סניף					
בן /בת זוג								
ילדים								

(3) פירוט הכיסויים הנכללים בכל אחד מהמסלולים:

תכנית הביטוח		
מסלול משלים שב"ן	מסלול מהשקל הראשון	קבוצת גיל
21	24	ילד (עד גיל 21)*
81	90	21-35
107	116	36-50
222	246	51-68
329	365	+69

- ילד עד גיל 21 – ילד שלישי ואילך חינם.
- **המדד היסודי:** המדד אשר פורסם ביום 15/01/2022 שערכו 12687 נק'.
- בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים, בני זוגם וילדיהם עד גיל 21.
- ילדים מעל גיל 21 ובני משפחתם – גבייה באמצעות הוראת קבע אישית. גמלאים ובני משפחתם – גבייה באמצעות הוראת קבע אישית.
- מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.

- דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.
- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן "מדד הבסיס").

4) **למבקשים להצטרף לניתוחים משלים שב"**

לידיעתך, הכיסוי המורחב לניתוחים פרטיים בארץ הינו ביטוח לבעלי שב"ן **המהווה ביטוח משלים**, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). **להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל על המבוטח לפנות לקופת החולים** בה הוא חבר למימוש זכויות ע"פ השב"ן וכן לפנות למנורה מבטחים בע"מ למימוש זכויותיו ע"פ הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח המשולמים בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. **מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברות ביטוח ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות לסוכן הביטוח ו/או למבטח ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא** תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

תאריך: _____ ***חתימת המועמד הראשי:** _____ ***חתימת בן/בת זוג:** _____

5) **יתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ נותנת/בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל, ומשרד הביטחון למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתירש ע"י "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת או אחלה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדות הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: _____ ***חתימת המועמד הראשי:** _____ ***חתימת בן/בת זוג:** _____

שאלון בריאות

מועמד ראשי	מועמד שני		שאלון תחביבים								
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
											האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה ?
											האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית ? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה מבטחים) אם כן, פרט
											האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט
											האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך : עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (למשל בעבודה בפיגומים או בטיפוס)?
											שאלות כלליות על מצב רפואי
											עישון: עישון כיום? <input type="radio"/> כן כמות ותדירות: סיגריות _____ מקטרת _____ <input type="radio"/> לא סיגר נרגילה: _____ האם הפסקת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
											אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או ב-6 השנים האחרונות יותר מכוס אחת ביום של בירה/ין או משקה אלכוהולי אחר
											סמים: האם צריכת סמים בהווה/בשנתיים האחרונות?

• ילדים מעל גיל 18 - יש למלא את השאלות לעיל

מועמד ראשי	מועמד שני		ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
							היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם) אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה
							נכות/ אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית ? האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא/ת ב-א כושר עבודה כעת?
							בדיקות אבחנתיות: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: MRI, צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי ?
							אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית ?
							ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
							תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית ?
							האם אובחנת במהלך חיך במחלות/הפרעות/ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:
							מערכת העצבים והמוח לרבות טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, שיתוק
							לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלית) ב-10 השנים האחרונות
							בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות

								מחלות דם ובעיות קרישה
								סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה
								גידולים כולל שפירים, פוליפים, סרטן ומחלות ממאירות
								מערכת העיכול, המעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלב, פי הטבעת
								מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד
								כליות/ דרכי שתן
								ריאות/ דרכי הנשימה ואלרגיות
								מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF). יש לצרף מסמך רפואי
								בעיה/ הפרעות/ מחלות אורתופדית כולל גב/ עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)
								בעיות הקשורות לעיניים (כולל מספר העדשות - רק למקרים מעל מספר 8)?
								בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרון וחלל הפה
								מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה
								מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV
								לנשים - בעיות גניקולוגיות ושדיים? האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? לגברים : בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים
								האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD)?

<p>מועמד שני - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד שני: _____</p>	<p>מועמד ראשי - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____</p>
<p>ילד מעל גיל 18 - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד: _____</p>	<p>ילד מעל גיל 18 - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד: _____</p>
<p>ילדים - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____</p>	

6 הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 - ב. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
 - ג. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותיי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
 - ד. כל ההצהרות הנוגעות לילד/ינו/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
 - ה. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישירן או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
 - ו. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
 - ז. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ח. **קבלת מידע מהותי -**
- הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח וכי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי לגבי הביטוח, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוח לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי לביטוח: _____ * חתימת ילד בוגר _____

אני מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל-<https://ds.menoramivt.co.il/markerting-disapproval>.**

אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____**

**** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.**

תאריך: _____ ***חתימת המועמד הראשי לביטוח:** _____ ***חתימת בן/בת זוג:** _____

_____ ***חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):** _____

_____ ***חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):** _____

_____ ***חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):** _____

_____ ***חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):** _____

אופן משלוח דיווחים ומסמכים-דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____

כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____

כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____

(ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז)

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד האמצעים המפורטים מטה.

באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il>

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תוכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 2000* או באמצעות דוא"ל har.bit@menora.co.il לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

7) הצהרת בעל הרישיון:

א. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח ב. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח ובררתי את צרכי בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו

תאריך: _____ ***מספר רישיון:** _____ ***חתימת בעל הרישיון:** _____

טופס אמצעי תשלום

אופן תשלום - בהתאם לבחירת המועמד לביטוח- הוראת קבע בבנק/ באמצעות כרטיס אשראי
תדירות תשלום - חודשית

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
<input type="checkbox"/> דיינרס	<input type="checkbox"/>		

שם _____ בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____

טלפון _____

מס' כרטיס אשראי _____ - _____ - _____ - _____ / _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ / _____ בתוקף עד _____ / _____

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר תשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: _____ **חתימת בעל כרטיס האשראי: X** _____

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

סופס 2-11

6400000275

חומת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	20 01		

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כרטיס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/>	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
מספר כרטיס אשראי		כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הראשה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הראשה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הראשה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	תאריך
514			

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום -

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

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/הח"מ שם בעלי/החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ מכתובת מספר מספר עיר מיקוד

נותי/ים לכם בה הוראה לחייב את חשבוננו/הל"ל בספכם, בנין ביטוחי חיים, בסמכים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפי/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שחינוק לחוקי זים עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין. ב. נהיה רשאים לבטל חיוב מסויים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הידוע יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מפישה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציא/פי/ן מהסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מפי/מאתנו.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת
על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ,
על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספתיה.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	תאריך
514			

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מפישה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבויותם כלפיו, לפי כתב השישי שחתם על ידיכם.

תאריך בנק סניף

אישור הבנק - חתימה וחומת