

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לילדים בוגרים (מעל גיל 21) של חברי סגל אקדמי בכיר באוניברסיטת ת"א בהתאם לתנאי הפוליסה

תאריך תחילת העסקת החברה/_____

(1) פרטי מועמד ראשית (החברה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	זכר/נקבה

(2) פרטי הילדה/הבוגרת:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	זכר/נקבה
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד	כתובת דוא"ל			
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
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		

(3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה	משקל	מסלול כיסוי נבחר*
ילדה/בוגר 1 מעל גיל 21					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
בן/בת זוג של ילדה/מעל גיל 21					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
נכדה 1					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
נכדה 2					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
נכדה 3					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
		שם קופת החולים		סניף				
								כתובת

(4) 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.

- מבטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמים יופיע ברשימת המבטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.
- דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרכז, 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").

5) 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 המבטוח 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. מבטחים 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 למבטחת ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבטוח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

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

6) יתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותנת/ת בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה 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 שתידרש 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 מרופאיכם ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי 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 שיראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

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

שאלון בריאות

מועמד ראשי	מועמד שני		שאלון תחביבים									
	כן	לא	ילד* 1		ילד* 2		ילד* 3		ילד* 4			
כן	לא	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 <input type="radio"/> לא כמות ותדירות: סיגריות _____ מקטרת _____ סיגר _____ נרגילה _____ <input type="radio"/> לא האם הפסקת במהלך השנתיים האחרונות?
												אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או ב-6 השנים האחרונות יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין 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	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																		
						כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא									
																								נכות/ אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת/ ב-אי 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 (פריפריאלי) 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, פיברומיאליגיה 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>	

7 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/ו 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 הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוסטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ה. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממשי 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 עיניתי 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 תכניות 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 לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תגובתי/אני מסכימה להעביר את המידע המפורט להכרזת הביטוח ולשם קבלת 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"ר או מסרונים ומשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.**

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

**** החתימה על טעפים 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):** _____

***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"ר בליווי מסרון לסלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לסלפון 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 זזה 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 במרוכז 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"ר har.bit@menora.co.il לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

8) 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 צרכיו 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

לאומי ויזה ויזה כאל ישראל אמריקן אקספרס דייןרס

שם _____ בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ סלפון _____

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 חייבום מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישא 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 הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה 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.

הרשאה 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.

שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק	מספר זהות/ח"פ	מכתובת	מספר	עיר	מיקוד

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

2. ידוע ל/נו 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 לנטל חיוב מסויים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הידוע יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

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

4. ידוע ל/נו כי סכומי החיוב על פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/נו 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 מפיעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציא/פי/ן מהסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/נו 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-
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 מפיעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו

בעל/י החשבון מן ההסדר.

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

אישור הבנק - חתימה וחומת

תאריך בנק סניף