

הצעה לביטוח חיים עד 1,000,000 ש"ח (גיל הצטרפות מקסימאלי 55)

פרטי סוכן/יועץ		
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	מס' הצעה

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					
<input type="radio"/> מועמד לביטוח <input type="radio"/> אחר (נא למלא את הפרטים בטבלה)					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
דואר אלקטרוני					

פרטי המועמד הראשון לביטוח			פרטי המועמד השני לביטוח		
שם משפחה	שם פרטי	מין	שם משפחה	שם פרטי	מין
ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
טלפון	נייד	קופת חולים	טלפון	נייד	קופת חולים
מקצוע	עיסוק	מקצוע	עיסוק	מקצוע	עיסוק

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	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. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.</p>						

<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש לך תחביבים או אורח חיים עם סיכון מיוחד (כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה וכו') פרט	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד בתחביבך או באורח חייך שאינו קשור לעיסוקך או תחביבך עליו הצהרתך?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים	האם אתה בעל רישיון טיים / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, העבר שאלון טיים
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות	האם קיימות על שמך הצעות או פוליסות נוספות בחברות אחרות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, יש למלא שאלון מידע מחברות אחרות

אופן גביה ותשלום		
<input type="radio"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה (בנק) ¹ <input type="radio"/> הודעת תשלום ² <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> אמצעי תשלום בפוליסה	<input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	<input type="radio"/> 10 לחודש <input type="radio"/> 1 לחודש
<input type="radio"/> אופן הגביה <input type="radio"/> אופן התשלום	תאריך תחילת ביטוח*	יום גביה מבוקש¹

* לכיסויים הכוללים סיכון: לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

1. לתשומת ליבך, יום הגביה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגביה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

2. הודעת תשלום תשלח לכתובת בעל הפוליסה לאחר ה- 17 לכל לחודש בגין התשלום לחודש הבא. עבור חודשי ביטוח שמועד הפקת השובר שלהם חלף - יש לבצע תשלום בהמחאה/הפקדה בנקאית לאחד מחשבונות הפניקס.

מינוי מוטבים - למועמד ראשון לביטוח											
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים				למקרה מוות	
				נ	○	○					
				נ	○	○					
				נ	○	○					

מינוי מוטבים - למועמד שני לביטוח											
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים				למקרה מוות	
				נ	○	○					
				נ	○	○					
				נ	○	○					

ביטוח יסודי		
<input type="radio"/> ריסק 1 (510) <input type="radio"/> ריסק 5 (403) סכום ביטוח מועמד ראשון לביטוח ש"ח _____		
<input type="radio"/> תוספת של 100% לסכום הביטוח למקרה פטירה כתוצאה מתאונה (909) - תעריף מוזל בהתאם למדיניות החברה (קודי הרחבה 42170-42173) <input type="radio"/> מועמד ראשון <input type="radio"/> מועמד שני		
ביטוחים נוספים	מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
<input type="radio"/> רמה 1 (512) <input type="radio"/> רמה 5 (405)		ש"ח
<input type="radio"/> מוות מתאונה (909)	ש"ח	ש"ח

<input type="radio"/> שחרור בפרמיה משתנה (2829) 3 חודשי המתנה לגיל _____ (אפשרי 60-67)	<input type="radio"/> מועמד ראשון לביטוח <input type="radio"/> מועמד שני לביטוח
<input checked="" type="checkbox"/> ביטול החרגה לתאונות עבודה (9) <input checked="" type="checkbox"/> הרחבה עיסוקית בצווארון לבן בלבד (2)	
* בהיעדר הנחיה יקנה הביטוח לגיל 67 של המבוטח או עד תום הביטוח היסודי לפי המוקדם מביניהם. ** ברכישת שחרור יש למלא שאלון החלפה ביטוח חיים.	

מועמד ראשון לביטוח: גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג	מועמד שני לביטוח: גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג
לנשים: האם הינך בהריון? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	לנשים: האם הינך בהריון? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		הצהרת בריאות	
לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	האם הינך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הבאות: לב/כלי דם/יתר לחץ דם/מחלות דם, סכרת, דרכי הנשימה, סרטן/מחלות ממאירות/גידולים, מעיים/כבד/כליות, מחלת עצבים / הפרעות נפשיות, נטלת/נוטל תרופות או משתמש/השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?	
לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	האם הינך נשא או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)?	
לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	האם נקבעו לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהו שיעור נכות והאם הוגשה מטעמך בקשה אשר הדיון בה לקביעת דרגת נכות כאמור טרם הסתיים?	
לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/>	האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך 5 השנים האחרונות?	
				<input checked="" type="checkbox"/> אם ענית "כן" על אחת מהשאלות הנ"ל, אנא פנה/י לסוכן המטפל, ומלא/י באמצעותו הצהרת בריאות מפורטת	
				תאריך _____	
				<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד/ת הראשון לביטוח <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד/ת השני לביטוח	

מועמד ראשון לביטוח		מועמד שני לביטוח		הצהרת עישון	
<input type="radio"/> לא עישנתי מעולם <input type="radio"/> לא עישנתי מעולם	<input type="radio"/> לא עישנתי מעולם <input type="radio"/> לא עישנתי מעולם	<input type="radio"/> אני מעשן/עישנתי _____ סיגריות ליום <input type="radio"/> אני מעשן/עישנתי _____ סיגריות ליום	<input type="radio"/> אני מעשן/עישנתי _____ סיגריות ליום <input type="radio"/> אני מעשן/עישנתי _____ סיגריות ליום	<input type="radio"/> מועמד ראשון לביטוח: לא עישנתי מעולם <input type="radio"/> מועמד שני לביטוח: לא עישנתי מעולם	

← הצהרות / ויתור על סודיות רפואית

שם המועמד הראשון לביטוח	ת.ז.	שם המועמד השני לביטוח	ת.ז.
1. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו: אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה ונפרעה במלואה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. (4) תשובותי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר המידע של קבוצת "הפניקס" בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.			
2. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה. אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה, אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבטוח על ידי מבטחים אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי או בתחביבי שיחול במשך תקופת הביטוח.			
3. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, 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 והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.			
4. אני הח"מ, המועמד לביטוח, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות ו/או לצה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" (להלן: המבקש) את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או בירור הזכויות והחובות המוקנות על ידי פוליסה זו ובצורה שתירש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי 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 סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.			
5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס". למבטחי המשנה ולסוכן הביטוח המטפל.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל/ת הפוליסה	חתימת המועמד/ת הראשון לביטוח	חתימת המועמד/ת השני לביטוח

← מינוי סוכן כשלוח בעל הפוליסה / המועמדים לביטוח

על-פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

אני/אנו החתומים/ים מטה ממנה/ממנים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/שלוחנו לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד/ת הראשון לביטוח	חתימת המועמד/ת השני לביטוח

← אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית (בתנאי שהתשלום התקופתי הכולל בפוליסה לא יעלה על 50% מהתשלום ללא התוספות) ו/או מגבלות ו/או 6 חודשי המתנה באובדן כושר עבודה (במקום 3 חודשי המתנה). אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ומתן תשובות מלאות וכנות.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד/ת הראשון לביטוח	חתימת המועמד/ת השני לביטוח

← אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחוקמת סוכן

← שאלון החלפה / שינוי בפוליסת ביטוח חיים/בריאות

על מנת לברר אם כבונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסה/ות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידיך פוליסה/ות ביטוח שבתוקף?	ביטוח חיים:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלת פרמיה בפוליסות ביטוח חיים שבתוקף, האם הפוליסות לביטוח חיים שבתוקף: יבטלו; ייפדו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגימלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן; ישונו או יוגבלו באופן שיגרם להפחתה בסכום הביטוח או בקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.	ביטוח בריאות:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם בידיך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסה/ות הביטוח?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: בתנאי התוכנית כגון בכיסויים הביטוחיים להם הינך זכאי; בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המועמד/ת הראשון לביטוח	חתימת המועמד/ת השני לביטוח	חתימת הסוכן

הצהרת הסוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף: לא כן

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת הסוכן	חתימת המועמד/ת השני לביטוח	חתימת הסוכנות

טופס אמצעי תשלום

<p>תשלום באמצעות כרטיס אשראי</p> <p> <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 </p>	
תוקף	מס' כרטיס האשראי
X	
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.
חתימת בעל הכרטיס	

מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב	לשימוש פנימי

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

1	<p>שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק</p> <p>מס' ת.ז.</p> <p>מס' ח.פ.</p> <p>אני/ים החתומים/ים מטה</p> <p>כתובת</p> <p>רחוב</p> <p>מספר</p> <p>עיר</p> <p>מיקוד</p> <p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה"</p>
2	<p>ידוע לי/לנו כי:</p> <p>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.</p> <p>ב. אהיה/נהיה ראוי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה ראוי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>
3	<p>ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".</p>
4	<p>ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p>
5	<p>הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p>
6	<p>הבנק ראוי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p>
7	<p>נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p>

<p>פרטי ההרשאה</p> <p>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.</p>	
X	תאריך
חתימת בעל החשבון	

אישור הבנק

<p>לכבוד</p> <p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ</p> <p>משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 5435</p> <p>טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111</p>
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבוד 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>

קבלנו הוראות מ- _____ לכבוד 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

X	תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק