

מספר פוליסה
מספר תיק

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



# הצעה לביטוח סיעודי המשכיות מקולקטיב מעודכן לחודש 01/2018

**טופס 45-1**  
**6400000275**

(מידע רגיש)

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקיום או בסימנים במקום מילים.  
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01   20	

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):  
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף ה' + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

תאריך	שעה	מספר טלפון ממנו התקשרת:	שלוחה:	מספר טלפון של מקבל השיחה	סוג מכשיר ההקלטה: <input type="checkbox"/> טלרקורדר Nice <input type="checkbox"/> אחר
-------	-----	-------------------------	--------	--------------------------	---

שם הפוליסה הקבוצתית (להלן: "הפוליסה") תאריך סיום הביטוח בפוליסה \_\_\_\_\_  
 בהתאם לתנאי הפוליסה, אבקש להצטרף/לצרף את בני משפחתי, לפוליסה פרטית כמפורט מטה, ברצף ביטוחי וזאת בהתאם לתנאי המשכיות בפוליסה.  
 ידוע לי כי הרצף הביטוחי והצירוף ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, יינתן רק בגין כסויים וסכומי ביטוח שהיו קיימים בפוליסה, וזאת בהתאם לתנאי המשכיות והמועדים הנקובים בפוליסה.  
 ידוע לי כי הפוליסה הפרטית תכנס לתוקף ב-1 לחודש העוקב למועד הפסקת פוליסת הביטוח הקבוצתית, בהתאם לתנאי המשכיות בפוליסה.  
 לתשומת לבכם, ניתן להצטרף לתכניות נוספות שלא היו קיימות במסגרת הביטוח הקבוצתי, אך בגין לא יחול רצף ביטוחי ויהיה על המבוטח/ים למלא הצהרת בריאות מלאה.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
ילד 1				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 2				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 3				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 4				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	

\* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצהרות נפרד הכולל שאלון בריאות

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
מועמד ראשי	דוא"ל			עיסוק		מס' טלפון נייד
מועמד שני	דוא"ל			עיסוק		מס' טלפון נייד

שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל
מועמד ראשי		
מועמד שני		
ילדים		

**ב. אופן התשלום**

**חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:**

- במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.
- כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי בהמשך)
  - הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בהמשך)
  - הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו:  
 הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכניות/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

להלן פרטי החשבון: מספר בנק \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שם בעל החשבון: \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון x \_\_\_\_\_

- תדירות התשלום:**  חודשית  חצי שנתית  רבע שנתית  שנתית  
**מועד גביה:** אשראי 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

1	הצעה לביטוח
2	בחירת תכניות הביטוח
3	הצהרת המועמדים לביטוח וסוכן הביטוח
4	הוראה לחיוב חשבון

ג. תכניות הביטוח						
אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת						
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד שני	מועמד ראשי	תכניות ביטוח סיעודי אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת
הבטחה לעתיד						
5 ○ 3 ○ כל החיים ○	5 ○ 3 ○ כל החיים ○	5 ○ 3 ○ כל החיים ○	5 ○ 3 ○ כל החיים ○	5 ○ 3 ○ כל החיים ○	5 ○ 3 ○ כל החיים ○	תקופת פיצוי (בשנים)
○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	○ חודש ○ ○ חודשיים ○ ○ 3 חודשים	תקופת המתנה
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)
הבטחה לעתיד משלים						
תקופת פיצוי - כל החיים						
60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	תקופת המתנה (בחודשים)
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 36 או 60 חודשים, משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד, בצמידות לפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (בדרך כלל 3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על-מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל-פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהן היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי.
- הובא לידיעתך דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il) ונמסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישתך.
- לרוכשים ביטוח "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 30/60 חודשים, יש למלא את נספח א' (הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים).

חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה X	חתימת המועמד השני לביטוח X	תאריך:
---	-------------------------------	--------

**ד. ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צויינו, אם צויינו בהצעה זו.

**פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).**

שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

שם מועמד שני: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

**פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_ חתימת עד \_\_\_\_\_

**ה. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמדים לביטוח ולהשיב ולחתום בהתאם.**

**הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח**

- אני החתום מטה, מבקש בה מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה כ:
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
  - כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או הצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, ישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
  - ידוע לי שקיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
  - ידוע לי כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
  - ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
  - בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין 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 אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
  - אני מצהיר/ה בה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, 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.
  - הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבוטל תכנית הבסיס בפוליסה תבוטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
  - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כדאפטורפוס טבעי שלהם.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

**קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד**

- אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, 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 והחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
- אני מאשר כי הסוכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- אישור מועמדים לביטוח שביצע החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.
- במידה וברשותי פוליסת פיצוי, אשר מבטחת מקרה/ה ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים, לפוליסה אשר כוונתי לרכוש (להלן "פוליסה קיימת") ולא ביקשתי לבטלה, אני מאשר בזאת כי הוסבר לי שהצירוף לפוליסה זו הינה בגין פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

	מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
י. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור*.				
כ. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____				

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

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

**ו. הצהרת הסוכן**

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- אני מצהיר בה כי המועמד לביטוח  לא הצטרף באמצעות הטלפון  הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ (להלן: "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_ ומילאתי בשמו בעבור את הצעת הביטוח, הקראתי לו את כל השאלון ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זה, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זה נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.
- אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 7-2016-1 או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכיו/הם.
- ד. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות: (חובה לסמן ב-X)**
  - האם במסגרת בירור הצרכים הביטוחיים, נמצא שקיימת למועמד לביטוח פוליסה/תכנית ביטוח רלוונטית?  לא  כן
  - האם המועמד לביטוח ביקש לבטל או להקטין סכום ביטוח בפוליסה/תכנית ביטוח קיימת?  לא  כן
  - האם המועמד לביטוח מעוניין שבקשת ביטול הפוליסה/תכנית ביטוח תישלח באמצעות הסוכן?  לא  כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/תכנית ביטוח קיימת.
- הריני לאשר כי במידה וקיימות למועמד לביטוח פוליסות/ תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ועותק מתוצאות הליך ההתאמה נמסר למועמד/ים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 7-2016-1, גם השוואה בין החרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.
- אני מצהיר בה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 7-2016-1 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 20-2015-1.
- במידה ולמועמד לביטוח קיימת פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה/ה ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים לפוליסה זו אשר כוונתי לרכוש (להלן "פוליסה קיימת") והמועמד לביטוח לא ביקש לבטלה, אני מאשר בזאת כי הסברתי למועמד לביטוח שהצירוף לפוליסה זו הינה עבור פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת ברשותו וכי יגבו ממנו דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן X \_\_\_\_\_

## הוראה לחיוב חשבון

**נופס 3-10**
**6400000275**

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

**כרטיס אשראי**

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

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב 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 שיופנק 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	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	בנק



לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

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 יוחזרו 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/ו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ מכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).  
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עליו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.  
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, 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, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.  
 ד. 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.  
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.  
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.  
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.  
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.  
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

**לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.**

**אישור הבנק**

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	בנק

לכבוד:

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**  
 ת.ד. 927, תל-אביב 61 00802

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד 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-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוציא/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא ימנע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

**כרטיס המבקש**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_