

הכ"מ משכנתא

ביטוח לבעלי משכנתאות

שם הסוכן: _____
 הצעה לביטוח חיים, לביטוח מבנה ביטוח חיים ביטוח מבנה
 מספר הסוכן: _____ פקס סוכן: _____
 תאריך: _____ טלפון סוכן: _____

מועמדים לביטוח

מבוטח ראשי/בעל פוליסה	מבוטח משני
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____	שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת.ז. _____ תאריך לידה: _____	ת.ז. _____ תאריך לידה: _____
מין: ז/נ מצב משפחתי: ר/נ/ג/א עיסוק: _____	מין: ז/נ מצב משפחתי: ר/נ/ג/א עיסוק: _____
טלפון: _____ ניד: _____	טלפון: _____ ניד: _____

כתובת המבוטח/ים: _____ עיר _____ רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____

ביטוח מבנה

בית פרטי/צמוד קרקע? לא כן

קומת קרקע בבית קומות? לא כן

בבית קומות (בית משותף) לא כן

מבנה בנוי _____ הגג בנוי _____ המבנה בן _____ שנים _____ שטח הדירה _____

כתובת הנכס: _____ עיר _____ רחוב _____ מספר _____ מיקוד _____

* לתשומת ליבך ענף זה משמש לביטוח מבנה מגורים בלבד.

פרטי הביטוח

שווי מבנה הדירה _____ (כולל צמודות מבנה) שווי מבנה המחסן _____

שווי מבנים נוספים _____ פרטים _____

סה"כ סכום ביטוח למבנה _____ (בערך הכינון)

ביטוח נזקי מים – בחירת מבצע השירות (חובה לאשר הבחירה בחתימה)

א. תיקון הנוק יתבצע באמצעות ש.ח.ר. בלבד מטעם חברת "הכשרה" ובאחריותה ללא אפשרות בחירת נותן שירות אחר ע"י המבוטח.

ב. תיקון הנוק יתבצע באמצעות שרבב לפי בחירת המבוטח בכפוף לאישור שינתן מטעם המבטח ולפי תנאי הפוליסה. (תחויב בפרמיה נוספת)

פרטי הבנק המשעבד:

בנק משעבד _____ בנק נוסף _____

תאריך תחילת הביטוח _____ אופן תשלום: חודשי אחר _____

ביטוח נוסף:	4	3	2	1	פרטי הלוואה מקורית:
<input type="checkbox"/> שחרור בלבד					תאריך לקיחת המשכנתא ריבית
<input type="checkbox"/> 3 ח' המתנה					תקופה (מקורית) בשנים
					גובה משכנתא מקורי
					או תשלום חודשי היום
					או יתרת הקרן
					מס' הלוואה בבנק

הפקה דחופה הפוליסה תימסר ע"י הלקוח לבנק המשעבד.

חתימת הסוכן: חתימת מבוטח ראשי: חתימת מבוטח משני:

מינוי מוטבים

סכום הביטוח עד לגובה יתרת הלוואה ישולם למוטב הבלתי חוזר, הבנק המלווה. יתרת סכום הביטוח, אם קיימת תשלום ל:

מבוטח ראשי				מבוטח משני			
שם	ת.ז.	תאריך לידה	קרבה חלקו ב-%	שם	ת.ז.	תאריך לידה	קרבה חלקו ב-%

מרכז קשרי לקוחות: טל' 3453 * www.hcsra.co.il

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

מבוטח משני	מבוטח ראשי	שאלון כללי
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	האם אתה בעל רשיון טייס / או איש צוות אוויר / או בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	האם יש לך או היו לך פוליסות ביטוח חיים בהכשרה ביטוח?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט סכומים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט סכומים	האם הוגשה הצעה לביטוח חיים בעבר, או האם מוגשת כעת הצעה כזאת בחברה אחרת?
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת מבוטח משני	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת מבוטח ראשי	

*** הצהרות המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח**

אני/נו החתומים מטה, המעומד/ים לבעלות על פוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזה מהחברה לבטוח את חיי/הם של המעומד/ים לביטוח לפי הרשום בהצעה. אני/אנו מצהיר/ים מסכימים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה/או בהצהרת הבריאות הינו נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת בריאות וכל מידע אחר שיימסר להכשרה חברה לביטוח בע"מ בכתב לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין הכשרה חברה לביטוח בע"מ ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה/דחייתה של הצעתנו/נו זה נתון לשיקול דעת בלעדי של הכשרה חברה לביטוח בע"מ והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי/נו שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה-מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- במידה ובקשתי/נו לכלול כיסוי/יים נוסף/ים לביטוח היסוד, אני/נו מתחייב/ים להודיע לחברה על כל מקרה של שינוי למקצועי/נו בעיסוק/נו או בתחביבי/נו.

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח

ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול של הקופה לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או בחברה המנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח"), ובין אם לאו או מכל גוף שאיננו קשור לקבוצת הכשרה ביטוח.

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות

אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מטעמי ובין שהגיע לידי החברה באופן אחר) יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה המנהלת ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח ו/או גורם מטעמם. אני מסכים כי המידע האמור יישמש את החברה המנהלת ו/או גורם מטעמה לצורך פעולות החברה המנהלת וכן לצורך שיווק מוצרי ביטוח, מוצרי השקעות ומוצרים פיננסיים אחרים. ידוע לי ומוסכם עלי שהמידע יישמש את חברות הקבוצה כמאגר דיור ישיר וליצירת קשר למתן מידע, הצעה לרכישה ושיווק של כסויים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים אחרים וידוע לנו ומוסכם עלינו כי יכול שיעשה שימוש במידע הנ"ל גם לצורך מיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את הנתונים שמסרתי ו/או שנמסרו אודותי. אם לא נהיה מעוניינים במידע או פניה כאמור, נוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלינו. ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לצורך ביצוע הפעילות השיווקית המפורטת לעיל לכל חברה הנכללת בקבוצת הכשרה ביטוח ו/או לגורם מטעמם אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעות תקשורת חליפית, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתקיים עימי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו לי את הקוד הסודי בדואר רשום

חתימת המועמד משני לביטוח

חתימת המועמד הראשי לביטוח

תאריך

ויתור על סודיות

אני/אנו הח"מ נתון בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל גורם אחר למסור ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, בצורה שתדרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה 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 ממוסדכם ו/או סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זאת כלפי המבקש ולא תהייה 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. הכשרה חברה לביטוח בע"מ מתחייבת בזה כי, המידע שיתקבל בחברה בעקבות שימוש בכתב הויתור, אם בכלל, ישמר בסודיות ע"י החברה ולא יעשה בו שימוש אלא לצורך היועצות ביועצים חיצוניים ו/או הצגה בהליכים משפטיים.

חתימת המבוטח הראשי

תעודת זהות

שם

תאריך

חתימת המבוטח משני

תעודת זהות

שם

תאריך

אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת בזה הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת לא תעלה על 50% מהפרמיה.

תאריך חתימת וחותרת המועמד לבעלות על הפוליסה חתימת המועמד הראשי לביטוח חתימת המועמד משני לביטוח

אישור הסוכן: הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד/ים.

שם הסוכן חתימת הסוכן

הצהרת בריאות - ביטוח משכנתא

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
פרטי המועמד/ים:

מבוטח ראשי	מבוטח משני
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____	שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת.ז. _____ תאריך לידה: _____	ת.ז. _____ תאריך לידה: _____
גובה: _____ משקל: _____	גובה: _____ משקל: _____
קופת חולים _____ רופא מטפל _____	קופת חולים _____ רופא מטפל _____
הצהרת עישון	
<input type="checkbox"/> מעשן: אני מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים	<input type="checkbox"/> מעשן: אני מעשן _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת ליום במשך _____ שנים
<input type="checkbox"/> הצהרת אי עישון _____ מעולם לא עישנתי _____ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת. ומאז אינני מעשן	<input type="checkbox"/> הצהרת אי עישון _____ מעולם לא עישנתי _____ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות/סיגרים/מקטרת. ומאז אינני מעשן

מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלות כלליות:		
כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם אושפזת? האם נותחת? האם יעצו לך לעשות ניתוח? האם הנך בבירור רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם נפצעת? האם נקבעו % נכות? אם כן, פרט פגיעות, טפול ומצב כיום
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם הנך צורך/צרכת סמים/אלכוהול? אם כן, פרט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת בדיקות כגון א.ק.ג., בדיקות לגלוי סרטן, C.T, MRI, מיפוי עצמות, בדיקות דם ושתן, בדיקת איידס? פרט סיבה, מועד ותוצאות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם הנך מטופל רפואית או תרופתית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם הנך חש בריא בהחלט וכשיר לעבודה ב 12 חודשים האחרונים?
האם הנך או היית חולה או היו לך סימנים או בטיפול בקשר למחלות הבאות:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. מחלות מערכת העצבים והמות, שיתוק, הפרעות תנועה/תחושה, אפילפסיה, בעיות ומחלות נפשיות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. בעיות ריאות ודרכי הנשימה, מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ הדם, בעיות דם וקרישה, אנמיה, אלרגיות, אנמיה אפלסטית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. מחלות כבד, צהבת/הפטיטיס, מעיים ודרכי העיכול
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. מחלות כליות ודרכי השתן, דם או חלבון בשתן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. מחלות חילוף החומרים, סכרת, בעיות בלוטות (כולל ערמונית, בלוטת המגן/התריס), עמילואידוזיס, שגדון, שומנים גבוהים בדם, F.M.F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. מחלות מין ועור, גידולים, איידס (נשא או חולה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, ראומטיזם, ארטיריטיס, בעיות בצוואר או בגב ובעמוד השדרה, אוסטיאופורוזיס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. מחלות ממאירות וגידול סרטני, מחלה ניוונית/כרונית, מומים מולדים/נרכשים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. מחלות עיניים וראיה, בעיות אזניים ושמיעה, בעיות אף אוזן וגרון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת בעבר מבעיות גניקולוגיות, דימומים, מחלות שדיים או מבעיות פריון כלשהן, הפלות?

אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות, פרט מועד האירוע, פרטים על המחלה, טיפול, מצבך כיום ומלא שאלון מתאים. הערות: _____

מועמד ראשי: תאריך _____ מס ת.ז. _____ שם המועמד _____ חתימה

מועמד משני: תאריך _____ מס ת.ז. _____ שם המועמד _____ חתימה

לכבוד

בנק

סניף

כתובת

תאריך

הנדון: ביטול פוליסה לביטוח חיים/מבנה

מינוי מוטב ראשון ובלתי חוזר ושעבוד פוליסה מס' _____ (להלן: "פוליסה")

ע"ש _____ לביטוח יתרת הלוואות מס' _____

1. אני החתום מטה מבוטח בביטוח חיים/מבנה בגין הלוואת משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.
2. הריני מבקש לבטל את ביטוח חיים/מבנה ביום _____.
3. אבקש להפסיק את הגביה בגין הפוליסה שביטולה התבקש ביום הביטול.
4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח חיים ומבנה הכשרה חברת הביטוח בע"מ.
5. אני מייפה את כוחה של הכשרה חברה לביטוח בע"מ, טלפון 03-7960000 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטול הפוליסה כאמור לעיל ובכל העניינים הכרוכים בטיפול בפוליסה המחליפה ובהנפקתה.
6. לפי סעיף 11(ג) לחוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981, מתמנה בזאת _____ (להלן – הבנק) כמוטב בלתי חוזר בפוליסה לביטוח חיים/מבנה.
7. הריני ממנה כמוטב בלתי חוזר את _____ אשר תגמולי הביטוח משועבדים לו בפוליסה לביטוח חיים ומבנה ואשר תערוך בהכשרה חברה לביטוח בע"מ.
8. לא אהיה זכאי לחזור בי מקביעת הבנק כמוטב בלתי חוזר, אלא אם יתרחש אחד מאלה:
 - א. הבנק הסכים בכתב ומראש למינוי מוטב נוסף, או אחר.
 - ב. ההלוואה שקיבלתי מהבנק, בגינה נערכה הפוליסה (להלן: "ההלוואה") נפרעה במלואה.
 9. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק 30 יום מראש קודם לביטול הפוליסה.
 10. ידוע לי כי במקרה של ביטול הפוליסה, תפוג חובתה של חברת הביטוח עפ"י הפוליסה.
 11. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק מיידית לאחר היוודע על פטירת המבוטח.
 12. אני מאשר למבטח ולבנק כי אם אפגר בתשלומי הפרמיה, רשאי הבנק לשלם בשמי ובמקומי את פרמית הביטוח ולצרף את הפרמיה הנ"ל ליתרת ההלוואה עפ"י תנאיה. ידוע לי שאין חובה על הבנק לבצע תשלום זה.

חתימות:

_____ ✓
מבוטח משני+ת.ז.

_____ ✓
מבוטח ראשי+ת.ז.

בעל הפוליסה+ת.ז.

1. הננו מאשרים את האמור בהצהרות המבוטחים לעיל וכי הם נחתמו בפני נציגינו.
2. הננו מאשרים כי נפעל בהתאם להוראה הבלתי חוזרת, כאמור בסעיפים 8, 9, 11 למסמך זה.
3. החברה מתחייבת בזה, שסכום הביטוח יהיה הסכום המצויין בנספח 21 לפוליסה ("טבלת השתנות סכומי ביטוח חיים") או יתרת ההלוואה בספרי הבנק במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות תשלומים שמועד פרעונם חל תקופה של 180 יום לפני מועד המוות ולא שולמו, הנמוך מבניהם.

חתימות:

_____ הכשרה חברה לביטוח בע"מ

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

תאריך _____ אני מר/גב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____

ישראלכרט
 דינרס
 ויזה
 דינרס

שםספרו _____ בתוקף עד _____

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופנק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

חתימת בעלי הכרטיס

הוראה לחיוב חשבון

קוד מסלקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
אסמכתא			קוד מוסד 409

לכבוד: _____ בנק _____ סניף _____

כתובת: _____ עיר _____ רח' _____ מס _____ מיקוד _____

- אני/ו הח"מ _____ מס' זהות/ח.פ. _____ כתובת: רח' _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____
 נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה".
- ידוע לי/נו כי:
 - הוראה זו ניתנת לבטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן; ניתנת לבטול עפ"י הוראת כל דין.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לבטול עפ"י הוראת כל דין.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק הסכומים שנקבע מראש בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.
 - ידוע לי/נו, כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 - הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי הפוליסה/ות כפי שיהיו על פי השנויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעל/י החשבון:

תאריך _____

אישור הבנק

קוד מסלקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
אסמכתא			קוד מוסד 409

לכבוד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ
 האגף לביטוח חיים אריה שנקר 2, ת"א 68010

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבון/נו גם 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 לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

בכבוד רב, בנק _____

תאריך _____