

מספר פוליסה
שם בעל רישיון
מספר בעל רישיון

## הצעה לביטוח מוגן בטוח

חותמת תאריך קבלה בחברה

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

### א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)

שם בעל הפוליסה	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה
טלפון בבית	טלפון נייד	e-mail
כתובת	מיקוד	פקס

### ב. פרטי המבוטחים

מבוטח ראשי	מבוטח שני
שם משפחה	
שם פרטי	
מס' זהות/דרכון	
תאריך לידה	
מין מצב משפחתי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>
כתובת (רח', מס' בית, עיר, מיקוד)	
טלפון	
מקצוע	
עיסוק בפועל	

### ג. שאלות אודות סיכונים/תחביבים

במידה והמבוטח מבקש לרכוש ביטוחי כלשהו, יש לענות על השאלות הבאות:

1. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספרט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)

2. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?

לא  כן, מלא שאלון מתאים

לא  כן, מלא שאלון טייס

### ד. מוטבים

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
						100 %

מבוטח ראשי

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
						100 %

מבוטח שני

\* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים.

### פרטי המבוטחים

1

תוכניות ביטוח וסעיפי הצהרות

2

הצהרות בריאות וויתור על סודיות רפואית

3

שאלון החלפה והרשאה לחיוב חשבון/כרטיס אשראי

4

ה. כיסויים ביטוחיים		א. פרטי הפוליסה	
<input type="checkbox"/> ריסק (1) יסודי <input type="checkbox"/> נכות מתאונה <input type="checkbox"/> מוות מתאונה <input type="checkbox"/> קרן אור טופ (כיסוי למחלות קשות) <input type="checkbox"/> עוד בחיים <input type="checkbox"/> *** ויתור פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה (3 חודשי המתנה בפרמיה קבועה)	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל* מבטוח ראשי מבטוח שני**	תאריך תחילת הביטוח 01   20	אופן התשלום <input type="checkbox"/> הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) <input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ <input type="checkbox"/> באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי) תדירות התשלום <input checked="" type="checkbox"/> חודשית
* * * * * מס' מנות אפשרי: עד גיל 45 - 6 מקסימום מעל גיל 46 - 4 מקסימום	<input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 100,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 100,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 100,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 50,000 ש"ח <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/>

\* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבטוח הראשי.  
 \*\* ניתן לרכוש בפוליסה נפרדת.  
 \*\*\* במקרה ולא ירכש כיסוי אובדן כושר עבודה.  
 \*\*\*\* הסכומים הנקובים לעיל הם לפי מנת ביטוח אחת. נא סמנו את מספר המנות המבוקש.

ז. לבחירת המבטוח כיסוי אובדן כושר עבודה					
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה - שווה לעתיד <input type="checkbox"/> פרמיה משתנה <input type="checkbox"/> פרמיה קבועה <input type="checkbox"/> ** שיחזור (פרמיה קבועה)	תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 1 חד' <input type="checkbox"/> 3 חד' <input type="checkbox"/> 6 חד' <input type="checkbox"/> 3 חד' פרנציה <input type="checkbox"/> 6 חד' פרנציה <input type="checkbox"/> 3 חד'	פרמיה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מורחב <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	נכות תמידית ומחולטת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום הפיצוי מבטוח ראשי מבטוח שני
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ש"ח לגיל 67 64 אחר (60-67)

\* הגדרת הזכאות לאובדן כושר עבודה של המבוטח/ת תקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו/אם מקצועו של המבוטח/ת. עליהם הצהיר המבוטח/ת.  
 \*\* במקרה ולא ירכש כיסוי אובדן כושר עבודה.

**ח. הצהרת המועמדים לביטוח**

אני החתום/ת, מבקש/ת בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצהרה").

אני מצהיר/ת בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצהרה הן נכונות ומלאות.
- כל התשובות המפורטות בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים/ת בזה כי קיבלתי או דחייתי את הצעתו/ת של מנורה מבטחים ביטוח והיא ראשית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה. והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- אני מצהיר/ת בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי, ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני מסכים/ת כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- הריני מצהיר/ת בזה כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("החברה") נמסרו מרצוני ובהסכמתי. כן אני מצהיר/ת כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ת ומאשר, שכל המידע שמסרתי ו/או אמסור בעתיד לחברה וכל מידע אודותי שהגיע ו/או יגיע לידיעת החברה, בין שנמסר על ידי ובין שנמסר על ידי מקורות אחרים, ישמר, כולו או חלקו, במאגרי מידע ממוחשבים של החברה ושל קבוצת מנורה ("קבוצת מנורה" כוללת את מנורה מבטחים החזקות בע"מ והחברות שבשליטתה") ו/או אצל מי מטעמן, אשר יהיו רשאים לעשות בו שימוש לצורך ניהול, תפעול ושיווק המוצרים והשירותים של קבוצת מנורה על פי כל דין. לרבות לצורך ניהול וייעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עדכון וטיפול במאגרי המידע הממוחשבים של קבוצת מנורה, ניהול הקשר עם לקוחות קבוצת מנורה, שיווק מוצרים ושירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים בשם קבוצת מנורה, עיבוד המידע (כולל פילוח ואיפיון) למטרות אלו ודיוור ישיר.

ז. אני מסכים/ת ומאשר כי קבוצת מנורה תהיה ראשית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לה ולפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצרים ו/או שירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים של קבוצת מנורה, באמצעות דואר פיזי ובפניות טלפוניות על-ידי נציגי המוסמכים, וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. \*\* בהמשך לאמור לעיל, אני מסכים/ת ומאשר כי קבוצת מנורה תהיה ראשית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לה ולפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצרים ו/או שירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים של קבוצת מנורה, באמצעות דואר אלקטרוני, פקסימילי, מערכת חיגו אוטומטי ומסרונים (sms), וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. \*\* החתימה על טעפים אלו איננה מהווה תנאי התקשרותך עם החברה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני לביטוח \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני לביטוח \_\_\_\_\_

**ט. מיני בעל הרישיון כשלוחו של המבטוח**

מבטוח נכבד, על-יפי סימן 1 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב בעל הרישיון כשלוחו של המבטוח. על-יפי דרישתך בכתב אתה יכול למנותו כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אם כן, נבקש ממך לחתום על נוסח הפניה לחברה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני לביטוח \_\_\_\_\_

**י. הצהרת בעל הרישיון**

אני מצהיר/ת בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעל/ת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי בעל הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל הרישיון \_\_\_\_\_ מספר בעל הרישיון \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון \_\_\_\_\_

2	תוכניות ביטוח וסעיפי הצהרות
3	הצהרות בריאות וויתור על סודיות רפואית
4	שאלון החלפה והרשאה לחיוב חשבון/כרטיס אשראי

שם בעל הפוליסה מספר זהות/דרכון מספר פוליסה

יא. פרטי המבוטחים					
פרטי מבוטח ראשי			פרטי מבוטח שני		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם משפחה קודם	גובה	משקל	שם משפחה קודם	גובה	משקל

יב. שאלון בריאות למבוטחים			
מבוטח ראשי		מבוטח שני	
<p>הצהרת אי-עישון/עישון ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק, לסמן ✓ במשבצת המתאימה.</p>			
<p>מעשן: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p>סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p>		<p>מעשן: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p>סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p>	
<p>לא מעשן: האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____</p>		<p>לא מעשן: האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____</p>	

מועמד ראשי		שאלון כללי		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
		לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם			
		1. האם הינך סובל ממום מולד כלשהו/ואו האם יש לך נכות כל שהיא או הינך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות/ואו מקבל קצבת נכות/אי כושר עבודה.			
		2. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינתור, מיפוי, אקו-לב, C.T, MRI, ביופסיה, בדיקות גילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות).			
		3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב-5 השנים האחרונות? (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/יתבצע)			
		4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו?			
		5. האם נפצעת פעם? (אם כן - פרט מתי, חלק גוף, השלכות למצבך היום).			
		6. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית?			
		7. האם אתה צורך/צרכת סמים או שהינך שותה קבוע יותר מכוס אלכוהול אחת ביום?			
		8. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) היו או יש מחלות לב, סוכרת, מקרי סרטן השד, מני הגס, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, נסיון התאבדות) או מחלה תורשתית אחרת (אם כן - פרט אצל מי, סוג המחלה וגיל גילוי המחלה).			

מועמד ראשי		שאלון מחלות/הפרעות		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
		האם יש לך או אי פעם היו לך סימני המחלות/ההפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון רלוונטי			
		1. מערכת העצבים נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי.			
		2. ריאות/ואו דרכי נשימה.			
		3. לב/ואו כלי דם, יתר לחץ דם.			
		4. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת			
		5. הפרעות בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והלבלב.			
		6. כליות/ואו דרכי השתן			
		7. ערמונית, אשכים (לגברים)			
		8. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, F.M.F מטבוליות והורמונאליות אחרות.			
		9. ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס.			
		10. בעיות עור			
		11. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.			
		12. הפרעות בגב ובעמוד השדרה.			
		13. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות (אם כן - פרט)?			
		14. עיניים (כולל משקפי ראייה מספר 7 ומעלה), אוזניים, אף, סינוסים, שיניים, לוע וגרון.			
		15. בעיות גניקולוגיות (לנשים).			
		16. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטאופורוזיס.			

<p>הערות:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מבוטח שני X</p>	<p>הערות:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מבוטח ראשי X</p>
--	---

יג. ויתור על סודיות רפואית			
<p>אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס הטבעי שלהם, נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסינפי, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולהברות הביטוח למסור <b>למנורה מבטחים ביטוח בע"מ</b>, 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כניל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב ויתור זה מה"מייב אותי, את עובדי ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>			
<p>חתימת מבוטח ראשי</p> <p>תאריך: _____</p> <p>שם המועמד: _____</p> <p>מספר זהות: _____</p> <p>X חתימה</p>	<p>חתימת מבוטח שני</p> <p>תאריך: _____</p> <p>שם המועמד: _____</p> <p>מספר זהות: _____</p> <p>X חתימה</p>		

"אפי" 02/03/08-13/0021

שם בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ מספר זהות/דרכון \_\_\_\_\_ מספר פוליסה \_\_\_\_\_

**ד. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסה לביטוח חיים/בריאות**

1. האם בידך פוליסות  ביטוח חיים  בריאות שבתוקף?  לא - חתום בסוף השאלון  כן, נא פרט:   
 חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים/בריאות שבתוקף:

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
כן	לא	כן	לא

2. האם בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסות הביטוח?  לא - חתום בסוף השאלון  כן, נא פרט:   
 חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו:

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
כן	לא	כן	לא

השובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) ו-(2) שבסעיפים דלעיל, מחייבת למלא מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח

הצהרת בעל הרישיון:   
 למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף:  כן  לא תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון    
 \* ברכישת כיסוי ריסק ו/או נכות מתאונה ו/או מוות מתאונה, אין צורך במילוי שאלון החלפה.

**פרטי כרטיס אשראי**

שם בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

ישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

סוג הכרטיס  לאומי יזרה  ישראלכרט  אמריקן אקספרס    
 ויזה כאל  דינרס

מספר כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ בתוקף עד \_\_\_\_\_

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 שיופק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

**הרשאה לחיוב חשבון בהוראת קבע בבנק - למילוי ע"י המבוטח**

מספר חשבון בנק \_\_\_\_\_ סוג חשבון \_\_\_\_\_ קוד מסלוקה בנק \_\_\_\_\_

קוד מוסד \_\_\_\_\_ אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה \_\_\_\_\_

614



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

1. אני/ה ח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות / ח"פ \_\_\_\_\_   
 מכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל ד.   
 ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבעל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.   
 ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבעל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיל/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצינו בכתב ההרשאה ומילוי, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.   
 4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.   
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.   
 6. הבנק רשאי להציג/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, 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 ממני/מאתנו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

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

**אישור הבנק**

מספר חשבון בנק \_\_\_\_\_ סוג חשבון \_\_\_\_\_ קוד מסלוקה בנק \_\_\_\_\_

קוד מוסד \_\_\_\_\_ אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה \_\_\_\_\_

614

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

אישור הבנק - חתימה וחותמת \_\_\_\_\_   
 תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_