



מספר פוליסה
מספר תיק

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הצעה לביטוח הגנה משלימה (ביטוח תאונות אישיות) מעודכן לחודש 06/2019

טופס 23-12
6400000275

(מידע רגיש)

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

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		20	
<p>המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העוקב (אין לרשום תאריך מבוקש הקודם למועד החתימה על טופס הצעה זה). יובהר כי, מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה החתום במשרדי המבטחת.</p>			

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהתאם לכללי מנורה מבטחים):
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף הצהרת המועמדים לביטוח + 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
-------	-----	-------------------------	--------	--------------------------	---

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (יש למלא רק אם שונה מהמועמד הראשי)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	ילדים
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	<input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש
כתובת	מס' טלפון	מס' טל' נייד	דוא"ל			

פרטי המועמדים לביטוח

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

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
------------------------------	------	---------	-------	-------	-----------	---------

כתובת מגורים של המועמד השני	יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת מועמד ראשי: רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
-----------------------------	--	---------	-------	-------

מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד
------------------------	-------	-------	----------------

מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד
-----------------------	-------	-------	----------------

שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז 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"ל - Har.bit@menora.co.il. לידעך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

ב. פרטי הפוליסה ואופן התשלום

פרטי הפוליסה - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- פוליסה חדשה
- תוספת בפוליסת תאונות קיימת מס' _____ *
- * ככל שאמצעי התשלום שצוין מטה, שונה מזה המעודכן בפוליסה הקיימת, אמצעי התשלום שניתן בטופס זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

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 התכנית/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 שנתי רבע שנתי שנתי
מועד גביה: 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות הביטוח - אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד שני	מועמד ראשי	ניתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד (לרוכשים בסיס בלבד - אין צורך במילוי שאלון בריאות)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילה 1 - ראשי, שני, ילד בפוליסת הורים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילה 2 - ראשי, שני, ילד
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילה 3 - ראשי, שני

פירוט חבילות בסיס - הגנה משלימה	חבילה 1	חבילה 2	חבילה 3
סכומי ביטוח בש"ח	100,000	250,000	500,000
מוות מתאונה	30,000	75,000	150,000
כוויות מתאונה	20,000	50,000	100,000
פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה	200	500	1,000

סכום ביטוח מקסימלי למבוטח לכל כיווני מוות מתאונה אישיות בתכניות תאונות במנורה מבטחים: למבוגר - 500,000 ש"ח, לילד - 250,000 ש"ח

הרחבות להגנה משלימה	נכות מתאונה			שברים מתאונה			ביטול חריג ספורט אתגרי	ביטול חריג רכב דו גלגלי (מגיל 21)
	הרחבה 1	הרחבה 2	הרחבה 3	הרחבה 1	הרחבה 2	הרחבה 3		
מועמד ראשי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מועמד שני	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

פירוט הרחבות להגנה משלימה	הרחבה 1	הרחבה 2	הרחבה 3
סכומי ביטוח בש"ח	100,000	250,000	500,000
נכות מתאונה	15,000	37,500	75,000
שברים מתאונה			

בחירת הרחבות תלויה בחבילת בסיס, לא תתאפשר הרחבה בסכום פיצוי גבוה מחבילת הבסיס.

פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה - הרחבה לתכנית תאונות במנורה מבטחים

תקופת המתנה ותקופת פיצוי - יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות	סכום פיצוי לבחירה						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>תקופת פיצוי</th> <th>תקופת המתנה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 שנים פיצוי</td> <td>7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה</td> </tr> <tr> <td>שנתיים פיצוי / 3 שנים פיצוי</td> <td>7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה</td> </tr> </tbody> </table>	תקופת פיצוי	תקופת המתנה	3 שנים פיצוי	7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה	שנתיים פיצוי / 3 שנים פיצוי	7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה	מועמד ראשי <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/> 5,000 ש"ח
תקופת פיצוי	תקופת המתנה						
3 שנים פיצוי	7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה						
שנתיים פיצוי / 3 שנים פיצוי	7 ימי המתנה / 14 ימי המתנה / 21 ימי המתנה / 30 ימי המתנה						
	מועמד שני <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/> 5,000 ש"ח						

* אם מקרה הביטוח אירע שגילו של המבוטח היה בין 65 ל-66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנתיים, אם המבוטח רכש תקופת תשלום פיצוי בת שלוש שנים. וכן, אם מקרה הביטוח אירע בעת שגילו של המבוטח היה 66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנה, אם המבוטח רכש תקופת תשלום בת שנתיים או שלוש שנים.

ד. שאלות לרוכש הרחבה (נכות מתאונה ו/או שברים מתאונה) לביטוח הגנה משלימה (בלבד)

האם אובחנת במחלות/ הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

מס'	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" / "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	מועמד ראשי	מועמד שני	ראשון	שני	שלישי	רביעי
	שם פרטי ומשפחה						

האם אובחנת במחלות/ הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

1.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/טיפוס)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס, פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה ו/או האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.	האם אובחנת במהלך חיך בבעיות/ הפרעות/ מחלות אורטופדיות לרבות עמוד שדרה ומפרקים אחרים?	כן / לא	כן / לא				
6.	האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת/ בית האם רותקת למיטתך כאמור? אם כן פרט/	כן / לא	כן / לא				

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט וציין את שם המועמד:

חתימת מועמד

ראשי/ בעל הפוליסה X

חתימת מועמד שני X

תאריך:

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 בזה ממנורה 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 בזה כי:
- 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 בריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן מנורה מבטחים ביטוח") בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, יישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ידוע לי שקיבלה 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 מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
 - ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממני ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - 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 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 אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
 - אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני 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 מטרתו אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
 - הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיסית בתבטול גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
 - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפוטרופוס 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 הביטוחי 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 הוסכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי וכלל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה גם בהתייחס אליהן, ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- אישור מועמדים לביטוח שביצעו 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח תאונות/סיעוד/מחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:

- (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)
- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והגני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 - במועד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
 - הריני מאשר כי כוונתי לבטל פוליסה קיימת בידי, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת**
- * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

- אופן משלוח דיווחים ומסכים - דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד - יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים: כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____ (ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז) 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 שציית בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

מועמד ראשי	מועמד שני	
כן / לא	כן / לא	אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור 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 שיוקיות כאמור*.
		* החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד
פרטי המשלם	שם מלא	דוא"ל	מס' טל' נייד

פרטי כרטיס אשראי

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

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 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 כרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

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



לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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/הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבונו 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).

- 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.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/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
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד:
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קבלנו 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 מגיעה חוקית או אחרת לביצוען כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם

תאריך _____ בנק _____ סניף _____