

## פנסיה PERFECT 2

### ביטוח משלים לפנסיה

**נופס 3-135**  
**827800000400**

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

\* תאריך תחילת ביטוח יקבע לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תקבל תוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת ביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

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

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

#### ב. פרטי המבוטחים

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

#### ג. אופן התשלום

<input type="checkbox"/> הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע ע"ג טופס הוראה לחיוב חשבון המצ"ב)
<input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המשלם בפוליסה X נדרשת במידה שהמשלם שונה מהמועמד לביטוח
<input type="checkbox"/> באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב")
<input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי ע"ג טופס הוראה לחיוב חשבון המצ"ב)

#### ד. תוכנית ביטוח פנסיה PERFECT

הפרמטרים הקיימים באובדן כושר עבודה (במידה ונרכש)		חובה לבחור כיסוי בסיסי ריסק/נכות מתאונה בסכום מינימלי של 150,000 ש"ח		
פרמיה משתנה	פרמיה	אובדן כושר עבודה	נכות מתאונה	ריסק למקרה מוות
<input checked="" type="checkbox"/> פרמיה משתנה	<input checked="" type="checkbox"/> פוליסות שווה לעתיד**	1,000 <input type="checkbox"/>	150,000 <input type="checkbox"/>	150,000 <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 3 חוד'	<input checked="" type="checkbox"/> הגדרת העיסוק לאובדן כושר עבודה של הביטוח תקבע לפי העיסוק עליו הצהיר המבוטח.	1,500 <input type="checkbox"/>	200,000 <input type="checkbox"/>	200,000 <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input checked="" type="checkbox"/> תקופת המתנה	2,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input checked="" type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי	2,500 <input type="checkbox"/>	300,000 <input type="checkbox"/>	300,000 <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> מורחב ***	3,000 <input type="checkbox"/>	350,000 <input type="checkbox"/>	350,000 <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> פרנצ'יזה	3,500 <input type="checkbox"/>	400,000 <input type="checkbox"/>	400,000 <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> שחרור	4,000 <input type="checkbox"/>	450,000 <input type="checkbox"/>	450,000 <input type="checkbox"/>
		4,500 <input type="checkbox"/>		
		5,000 <input type="checkbox"/>		

\* גיל תום 67 לגברים, 64 לנשים.  
 \*\* לא ניתן לרכוש יותר מ-100% מהשכר.  
 \*\*\* הגדרת הזכאות לאובדן כושר עבודה מורחב של המבוטח תקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו/או מקצועו של המבוטח, עליהם הצהיר המבוטח.

**כיסוי רשות לבחירה**  
 אקסטרא LIFE אירועים משפחתיים (ניתן לרכוש רק במידה וכיסוי הריסק נרכש ללא כל תוספת הנמכת מחיתום).  
 \* סכום ביטוח צמודים למדד.

הצעה לביטוח

1

הצהרות

2

המשך הצהרות והצהרת בריאות

3

הוראה לחיוב חשבון

4





# הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-10

6400000275

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

## פרטי כרטיס אשראי

מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	תוקף עד
מיקוד	מס' רחוב	ישראל <input type="checkbox"/> אמריקה <input type="checkbox"/> יוזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/>	
כתובת: יישוב		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 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
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	



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 ישלחו 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 \_\_\_\_\_ מכתובת \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו ה"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".  
2. ידוע לי/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל 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 לבטל 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/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.  
4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/נו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.  
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.  
6. הבנק רשאי להוציא/ני מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.  
7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מתנו.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

## 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**  
אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נו 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 הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר.  
אישור זה לא יפעל בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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