



מספר פוליסה

קוד מחולל

הצעה לביטוח חיים (פרט)**טופס 100-12**

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01 20	

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 ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ילדים	מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ילדים
	○ נקבה ○ נשוי ○ גרוש	○ נקבה ○ נשוי ○ גרוש
כתובת	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	רחוב מס' בית יישוב מיקוד
טלפון		
דוא"ל		
מקצוע		
עיסוק בפועל		

ג. אופן התשלום**אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:**

- כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) ○ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") ○ הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
- 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 _____

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.

תדירות התשלום: חודשית**ד. כיסויים ביטוחיים**

מבוטח משני**	מבוטח ראשי	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80 (מעל 5 מלש"ח גיל תום 70)	○ ריסק (1)
ש"ח _____	ש"ח _____	70	○ נכות מתאונה (רכישה כרייטר לכיסוי נוסף בלבד)
ש"ח _____	ש"ח _____	65	○ מוות מתאונה
○	○	65	○ עוד בחיים
○	○		○ אקסטרא Life *** אירועים משפחתיים כיסוי נוסף ל: ○ ריסק 1
			אחר _____

"אפי" 06/2019

* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי ** ניתן לרכוש בפוליסות נפרדות
*** רכישת נספח אקסטרא Life כפופה לכך שההצטרפות לכיסוי הביטוחי למקרה מוות בתכנית הביטוח במסגרתה נרכש הנספח תהיה בתנאים רגילים (ללא כל סייג או תוספת הנובעים מחיתום, לרבות תוספות שבוטלו עקב הטבות או הנחות).

סכומי הביטוח צמודים למדד

ט. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה").
 אני מצהיר בזאת כי:
 א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
 ד. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 ה. אני מצהיר בזה 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.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/המתנה/החרגות, ככל שישנן.
 ז. אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
 ח. **אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריתת החוזה 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 הנינו מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

ט. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והניני מאשר ומסכים בזאת כי:
 (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 (2) במעמד 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 בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, 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 מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

י. אני מסכימה/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 ישר ביחס למצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאית/בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת/בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*
 *חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

י. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ו/או שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. **השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.**

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

שם מבוטח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

שם מבוטח משני: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יא. הצהרת סוכן

אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
 2. אני מצהיר בזאת כי ביצעתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
 3. במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
 4. אני מאשר כי כלל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתה את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד/ת לביטוח להצהרת הכפל - הצהרה ט', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
 5. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**

ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקשת לבטלה, האם המועמד/ת לביטוח מעוניינת/שבקשת הביטול תשלח באמצעות הסוכן?
 לא
 כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/תכנית הביטוח הקיימת.

תאריך: _____ שם סוכן X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

שאלון בריאות למבוטח				מבוטח ראשי			
מבוטח ראשי		מבוטח משני		מבוטח ראשי		מבוטח משני	
שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי
מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
○ זכר ○ נקבה				○ זכר ○ נקבה			
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים				האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים			
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס				האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס			

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
1.	בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	האם הינך מעשן? כן ○ סיגריות ○ אחר _____ כמות ביום _____	האם הינך מעשן? כן ○ סיגריות ○ אחר _____ כמות ביום _____	מבוטח ראשי: האם הינך מעשן? כן ○ סיגריות ○ אחר _____ כמות ביום _____
2.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר.	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון אלכוהול
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון סמים
4.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון היסטוריה משפחתית
5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון נכות שאלון פגיעות
6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו- לב, C.T, ביופסיה, דם סמוי?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	פרטי/ את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
7.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לנטילתה
	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית לרפוא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון מערכת העצבים
2.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון מחלה נפשית
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון מחלות דם וקרישה
5.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הרינון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון מערכת העיכול
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון צהבת וכבד
9.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון כליות ודרכי השתן
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידיזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון ריאות ודרכי נשימה/אסטמה
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזרמה	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור
12.	אורטופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטאוארטרוזיס)	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור
13.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון עיניים
14.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון אף/ אוזן/ גרון
15.	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון בעיות עור
16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידיס/ נשא HIV	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	יש לצרף מסמכים רפואיים
17.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____ לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן ○ לא ○	כן ○ לא ○	שאלון נשים שאלון פרוסטטה ואשכים

הערות:	הערות:
מבוטח ראשי	מבוטח משני
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X	תאריך: _____ חתימת מועמד משני 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: ישוב רחוב מס' מיקוד		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס	
		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 שיונפק 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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		



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 _____ מספר רחוב _____ מספר עיר _____ מיקוד _____

2. 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).

- א. עלינו 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 עפ"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 ייעשה 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 להוציא 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.

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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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/נם 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 _____