

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה
עם הצהרת בריאות

טופס זה מיועד לכל אחד מהילדים הבוגרים (מעל גיל 25) של חברי/ות ו/או עובדי/ות הר"י, ו/או אלמנ/נה של חברי/ות ו/או עובדי הר"י שביקשו להצטרף לביטוח לאחר תום "חלון הזדמנויות" שיקבע מעת לעת על ידי המבטח, ו/או שלא בהמשכיות, ו/או שלא על פי תנאי הפוליסה המזכים הצטרפות ללא הצהרת בריאות.

תאריך מילוי הטופס: / /

1) פרטי מבטח ראשי זכאי (חברה/ו/או עובד/ת):

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון נייד:	מס' טלפון ניח:	כתובת דוא"ל:		
גובה:	משקל:			

2) פרטי מועמד משני (ילד בוגר-מעל גיל 25, אלמנ/ה של חברי/ות ו/או עובדי/ות הר"י):

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד:				
<input type="checkbox"/> זהה לכתובת המבוטח הראשי <input type="checkbox"/> אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
גובה:	משקל:			
<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להצטרף לפוליסת הבסיס				



3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – בני משפחה של ילדי בוגרים (מעל גיל 25) ו/או של אלמנים/ות של חברי/ות הר"י ו/או של עובדי/ות הר"י:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	משקל	גובה	דוא"ל	טלפון נייד
בן/ת זוג					זכר/ נקבה				
ילד מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/ נקבה				



שאלון בריאות

ילד 6		ילד 5		ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/ת זוג		מבטח בוגר		שאלון תחביבים ילדים מעל גיל 18 - יש למלא את השאלות לעיל
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
																האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בגינה?
																האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית? (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה*) אם כן, פרט
																האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט
																האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/בטיפוס)?
																שאלות כלליות על מצב רפואי
																עישון: האם הינך מעשן? <input type="radio"/> כן- <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ <input type="radio"/> לא- במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
																אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל 6 שנים האחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר
																סמים: האם הינך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?
																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. פרט למי וגיל האבחנה
																נכות/ אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא/ת ב-אי כושר עבודה כעת?
																בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינתור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו- לב, MRI, CT, ביופסיה, קולונוסקופיה? פרט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
																אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)
																ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
																תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה
האם אובחנת במהלך חיך במחלות/הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:																
																מערכת העצבים והמוח- לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?
																מערכת הלב וכלי הדם- לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב- 5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)
																בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות
																מערכת דם- לרבות מחלות דם ובעיות קרישה
																מערכת מוטובולית- לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם
																מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד
																מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני. יש לצרף דוחות ופתולוגיה
																מערכת העיכול- לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת
																מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד
																מערכת כליות/ דרכי שתן- לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן



מבוסס בוגר		בן/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
																מערכת ריאות ודרכי נשימה – לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקות ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות
																מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה. יש לצרף מסמך רפואי
																אורטופדיה ומערכת השלד- עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס)
																מערכת עיניים וראיה- לרבות בעיות הקשורות לעיניים ליקוי ראיה מעל מספר העדשות- רק למקרים מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס
																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
																עור ומין- לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה
																מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות, יש לצרף מסמכים רפואיים
																לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרויון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע _____ ?
																לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים
																ילידים: האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר ?
*פעילות ספורט אתגרית הינה- טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאייה באוויר, טיסה בכל טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אויר, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה אט החלקה על שלג.																
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____								
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____								
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____								

אופן משלוח דיווחים למבוטח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהנך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב-2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

- אני מעוניין/ת שמסמכי הדיווח ישלחו אלי:**
- באמצעים דיגיטליים (דוא"ל/מסרון)
 - לכתובת המגורים (באמצעות דואר ישראל)

4) פירוט הכיסויים הנכללים ודמי הביטוח:

תכנית הביטוח:

פוליסת בסיס:	
דמי ביטוח חודשיים בש"ח	קבוצת גיל
24 ₪ למשפחה*	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 25
45 ₪ למשפחה*	גמלאי/ הר"י אלמן/אלמנה של חבר ו/או/ג'מלאי הר"י

*שני בני זוג (לרבות ידועה/בציבור) וכל הילדים עד גיל 25.

* יובהר כי המחיר לגמלאית או לגמלאית הר"י ובני משפחתו/ה זהה. וכן המחיר לאלמנה/ה או לאלמנה/ה ובני משפחתו/ה זהה.

* המדד היסודי: המדד שפורסם ביום 15.05.2021

מבלי לפגוע בכלליות האמור, הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 4 בפוליסה לתוקף או במועד סיום חברותו של המבוטח הראשי אצל בעל הפוליסה ו/או במועד סיום העסקתו של המבוטח הראשי (למעט פרישה לגמלאות) אצל בעל הפוליסה או בפטירתו חו"ח של המבוטח, לפי המוקדם מביניהם ובכפוף לשאר תנאי הפוליסה. על המבוטח חלה חובה להודיע למבטח על שינוי כאמור בסעיף זה, בתוך 60 יום מהשינוי האמור.

5) ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל, ומשרד הביטחון למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת או אחלה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: _____ *חתימת המועמד: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

*חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

*חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____



6) הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- ב. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. המידע נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליהן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרת אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.
- ד. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ה. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממש 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 ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ו. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
- ז. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- ח. **קבלת מידע מהותי -**

הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכניות הביטוח וכי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי לגבי הביטוח, 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 האכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תאריך: _____ *חתימת המועמד לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

- אני מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים ומשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל-<https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.
- אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____

** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך: _____ *חתימת המועמד לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

_____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

אופן משלוח דיווחים ומסמכים-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 _____

כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____

כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____

כתובת ילד 5 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 6 (מגיל 18) _____

(ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז)

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד האמצעים המפורטים מטה.

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>

* אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז 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 ל har.bit@menora.co.il **לידיעתך:** אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

סופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

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

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמשפרו 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	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
514			



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הסוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוסב 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 בעל/החשבוש המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותן/ים לכס בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בספיקים, בנין ביטוחי חיים, בספיקים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. יזעו לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפי/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שחייבנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין. ב. הרה רשאים לבטל חיוב מסויים 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, היחוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. יזעו לי/לנו כי הפרטים שצויים בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוסב.

4. יזעו לי/לנו כי סכומי החיוב על פי הרשאה זו, יופיעו בדי החשבון וכי לא תישלחו לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תחיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/לפז'ן מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תחיה 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 מפי/מאתנו.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועד ייקבעו מעת לעת על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על פי תנאי הפוליסה/ת ונוספותיה.

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
514			

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קבלת הוראת מ- _____, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתיצגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראה, ונפעל על פייהן כל עוד מצב החשבוש יאפשר זאת; כל עוד לא תחיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפיהם, לפי כתב השישי שחתם עלי דכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחומתת

11/15 אפי"