



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

This form is for women and men alike
Please fill out the form with a pen only and not with a pencil

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

Insurance Premium Standing Order Form

טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

Form number **599** מספר טופס

Please choose one of the following methods of payment :

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי

Payment by Credit card

Credit card – (select the correct card type):

ויזה ישראלרט דינרס אמריקן אקספרס לאומי קארד

Visa Isracard Diners American Express Leumi Card

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

I hereby confirm, that I wish to pay the amounts due by me for life / health policy. This payment order form was signed by me without specifying the number of payments and their sums as I gave permission to Migdal Insurance Company Ltd. to transfer to the credit card company debits from time to time by standing order as will be specified by the insurance company and conveyed to the credit card company. I consent that this arrangement will be valid as long as I do not provide written notice to the insurance company at least 30 days prior to the end of the arrangement. I acknowledge that this permission will be valid for a card issued to replace the card noted in this form notwithstanding its different number.

I acknowledge that the arrangement of the aforementioned payment is conditional on an authorization from the credit card company regarding every debit conveyed by the credit card company.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח
If the payer is not an applicant for insurance please specify the nature of his relationship with the applicant

אחר (טופס זיקה) בני זוג סבא/סבתא אח/ות הורים *If otherwise marked, an affiliation form No.58 must be attached

(affiliation form) other spouse grandfather grandmother/ Sister/ brother parents

תאריך Date

חתימת בעלי החשבון
Signature of Account owner(s) *

תשלום בהוראת קבע

Payment by Standing order

שם הבנק Name of Bank	מספר סניף Branch Number	מספר בנק Bank Number	יישוב Place	כתובת הסניף (רחוב) Branch address (street)	מספר בית House number	ת"ד P.O.B	מיקוד Postal Code

מספר חשבון בנק Bank account number	סוג חשבון Account type	קוד מוסד Institutional Code	מספר פוליסה / תכנית Policy / Plan Number
		00602	

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות
General permission with no limitations

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
Permission including at least one of the following limitations:

תקרת סכום החיוב
Maximum sum for debit _____ NIS/₪

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום
Permission expiry date _____

(אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)
(debits issued notwithstanding the limitations established by the customer will be refused by the bank, with all the implications involved)

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות
Please note – in the absence of any of the above indications, the order is a general permission with no limitations

I (We) the undersigned (account holder as appear in the bank records):

מספר זהות / ח"פ Identity / Priv. Corp Number	שם משפחה / שם חברה Surname / Corporation Name	שם פרטי First Name	יישוב Place	כתובת מגורים (רחוב) Residence (street)	מספר בית House number	ת"ד P.O.B	מיקוד Postal Code



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

תשלום בהוראת קבע - המשך

Payment by Standing order – continuation

<p>1. Hereby give an order to establish a standing order in our accounts for the sums and dates to be presented to you from time to time through the beneficiary code, subject to the limitations indicated above (inasmuch as indicated).</p> <p>2. Furthermore, the following provisions shall apply:</p> <p>a. We must receive from the beneficiary the details required to complete the request to establish the standing order.</p> <p>b. This order can be revoked by notice from me/us in writing to the bank that shall become valid one business day after the giving of notice to the bank as well as pursuant to any legal provision.</p> <p>c. I (We) may cancel a specific debit provided that such notice is provided by us to the bank no later than 3 business days after the debit date. Inasmuch as the notice of cancellation is provided after the debit date, the account will be credited at the value on the date of cancellation.</p> <p>d. I (We) may demand from the bank in writing to cancel a debit whenever it is incompatible with the expiry date specified in the permission or the sums specified in the permission inasmuch as indicated.</p> <p>3. The bank shall not be held liable for the transaction between me (us) and the beneficiary.</p> <p>4. A permission that is not used for a period 24 months from the last debit date is hereby revoked.</p> <p>5. The bank shall act according to the provisions of this permission, subject to the provisions of any law and my (our) agreement with the bank.</p> <p>6. The bank may, on reasonable grounds, remove me from the arrangement set forth in this standing order and shall thusly notify me (us) immediately after making its decision while specifying its grounds for its decision.</p> <p>7. I (we) consent that this order will be submitted to the Bank by the Beneficiary.</p>	<p>1. נותן/נים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).</p> <p>2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.</p> <p>ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.</p> <p>ג. היה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, היכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p> <p>ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.</p> <p>3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.</p> <p>4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאנו/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.</p>
---	--

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ פ"ת תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.
 Authorization information : The amount and date of debit will be determined from time to time by Migdal Insurance Company Ltd. according to the terms of the policy(ies) /plan(s) / addition(s)

תאריך Date	חתימת בעלי החשבון Signature of Account holder/s *
---------------	--

אישור הבנק לכבוד מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
 Bank Permission to Migdal Insurance Company Ltd. P.O.B. 3063 PT Postal code 4951106

We received instructions from _____ קיבלנו הוראות מ- _____
 to honor debits for sums and at dates that will appear by magnetic means or in lists to be presented by you from time to time in which your account number is to be specified in accordance with the provision of the standing order. We duly noted the instructions and will act accordingly as long as the status of the account allows us to do so: as long as there is no legal and/or other obstacle to their execution, as long as no written order of cancellation by the account owners has been received or as long as the account owner were not removed from the arrangement. This confirmation shall not affect your obligations towards us as per the Indemnity Letter you signed.
 לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק Bank account number	סוג חשבון Account type	קוד מוסד Clearing House Code	קוד מסלקה Institutional Code	מספר פוליסה / תכנית Policy / Plan Number		
		<table border="1"> <tr> <td>סניף Branch</td> <td>בנק Bank</td> </tr> </table>	סניף Branch	בנק Bank	00602	
סניף Branch	בנק Bank					

תאריך Date	בנק וסניף Bank and Branch	חתימה וחותמת הסניף Stamp and Signature of Branch *
---------------	------------------------------	---

