



חותמת תאריך קבלה בחברה

**בקשה לשינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים  
בפוליסת פרט/רט/תגמולים לעצמאים**

אבקש לבצע שינויים המפורטים מטה בפוליסה מספר: \_\_\_\_\_ תאריך תחילת השינויים: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**א. פרטי בעל הפוליסה:**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	מס' טלפון	דוא"ל
כתובת				

**ב. פרטי מבטחים:**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
כתובת		מס' טלפון		
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
כתובת		מס' טלפון		

**ג. שינויים בביטוחים וכיסויים נוספים\*:**

- בכל מקרה של הוספת כיסוי חדש, יש לצרף הנחיות לחיוב חשבון. סמן את בחירתך:
  - כרטיס אשראי (יש למלא את פרטי האשראי בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
  - הוראת קבע חדשה בבנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
  - הוראת קבע בבנק הקיימת בחברתנו, להלן אישור לשימוש בהוראה זו:
- הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס הצעה זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המבוטח הראשי/בעל הפוליסה בטופס 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. לידעתך - אמצעי גבייה זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.**

מבוטח ראשי				מבוטח שני			
הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו	הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ריסק 1 <input type="checkbox"/> ריסק 5 <input type="checkbox"/> נכות מתאונה <input type="checkbox"/> מוות מתאונה <input type="checkbox"/> רצף הכנסה <input type="checkbox"/> עוד בחיים <input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה (כולל שחרור) <input type="checkbox"/> שחרור פרמיות (במקרה של א.כ.ע.)							

יש למלא סעיף זה רק במידה והוספת הכיסויים הביטוחיים הינה לפוליסה מסוג פרט:

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:  
בהתאם לחוזר הצירוף, בעת הוספת כיסוי חדש או הגדלת כיסוי קיים, ולמבוטח קיימת פוליסה המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ב"מנורה מבטחים ביטוח", עליך להעביר הנחיית המבוטח לגבי המשך הכיסוי הקיים. ככל שקיימת פוליסת פיצוי דומה למבוטח בחברתנו, חובה לסמן אחת מהאפשרויות המפורטות מטה.

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת בחברת מנורה, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
  - (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי בחברה;
  - (2) במעמד חתימתי על טופס 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 חברת מנורה, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות\*.
- הריני מאשר כי ככונתי לבטל פוליסה קיימת בידי חברת מנורה, 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 לטופס זה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח ראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח משני לביטוח X \_\_\_\_\_

מבוטח ראשי	מבוטח שני
<p><input type="radio"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה *</p> <p>סכום פיצוי _____ ש"ח</p> <p><b>השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%</b></p> <p><b>הרחבות לאובדן כושר עבודה</b></p> <p><input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)</p> <p><input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.</p> <p><input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה).</p> <p><input type="radio"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה)</p> <p><input type="radio"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).</p> <p><input type="radio"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים</p> <p><input type="radio"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="radio"/> 1% לשנה <input type="radio"/> 2% לשנה</p>	<p><input type="radio"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה *</p> <p>סכום פיצוי _____ ש"ח</p> <p><b>השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%</b></p> <p><b>הרחבות לאובדן כושר עבודה</b></p> <p><input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)</p> <p><input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.</p> <p><input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה).</p> <p><input type="radio"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה)</p> <p><input type="radio"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).</p> <p><input type="radio"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים</p> <p><input type="radio"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="radio"/> 1% לשנה <input type="radio"/> 2% לשנה</p>
<p><input type="radio"/> טופ לעתיד - שחרור - בפרמיה משתנה *, **</p> <p><b>הרחבות לשחרור</b></p> <p><input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)</p> <p><input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.</p> <p><input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה).</p> <p><input type="radio"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).</p>	<p><input type="radio"/> טופ לעתיד - שחרור - בפרמיה משתנה *, **</p> <p><b>הרחבות לשחרור</b></p> <p><input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)</p> <p><input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.</p> <p><input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה).</p> <p><input type="radio"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).</p>
<p>הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה: (יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסת אובדן כושר עבודה הכוללת פיצוי)</p> <p><input type="radio"/> הריני מאשר כי ידוע לי שהנני מבוטח לביטוח אובדן כושר עבודה בחברתכם, והצעה זו מהווה ביטוח לרובד שכר נוסף על רובד השכר המבוטח בחברה.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח X</p>	<p>הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה: (יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסת אובדן כושר עבודה הכוללת פיצוי)</p> <p><input type="radio"/> הריני מאשר כי ידוע לי שהנני מבוטח לביטוח אובדן כושר עבודה בחברתכם, והצעה זו מהווה ביטוח לרובד שכר נוסף על רובד השכר המבוטח בחברה.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח X</p>
<p><b>הצהרות בעל רישיון</b></p> <p>1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2018-8-1 או כל חוזר אחר שיחליפון) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבוטח בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבוטח בקרן פנסיה.</p> <p>2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכוש את ההרחבה.</p> <p>* במידה ונרכשה הגדרת עיסוקית</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל הרישיון X</p>	<p><b>הצהרות בעל רישיון</b></p> <p>1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2018-8-1 או כל חוזר אחר שיחליפון) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבוטח בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבוטח בקרן פנסיה.</p> <p>2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכוש את ההרחבה.</p> <p>* במידה ונרכשה הגדרת עיסוקית</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל הרישיון X</p>

\* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67.  
\*\* המוצר ניתן לרכישה רק במידה שלא נרכש כיסוי אובדן כושר עבודה.

**ה. ביטוחים נוספים לילדים\*:**

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	נכות מתאונה	סכום ביטוח בש"ח
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		

**הגדלת פרמיה חודשית כוללת\*: יש לצרף צילום ת.ז. של בעל הפוליסה והמבוטח.**  
(אפשרי בפוליסות מסוג עדיף הוני/עדיף שהונפקה החל מ- 07.2001 / סטטוס)

אבקש להגדיל את הפרמיה החודשית ל: ש"ח \_\_\_\_\_ / ב: \_\_\_\_\_ ש"ח \_\_\_\_\_  
את ההגדלה יש להפנות:  להגדלת הביטוח היסודי  
 להגדלת החסכון בלבד (במידה וההגדלה היא בפוליסת פרט, יש למלא שאלון FATCA)  
(סמן את בחירתך)

**הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS**

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
---	--	--

3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה?  לא  כן נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים

מספר TIN	ישוב CITY/TOWN	רחוב ומס' בית ADDRESS - STREET NO	שם משפחה LAST NAME	שם פרטי FIRST NAME	מדינות תושבות

**במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם**

- האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב?  כן (העבר: טופס W9)  לא (העבר: טופס W8BENE) טפסי W8, W9 ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
- יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן. ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**הקטנת פרמיה חודשית כוללת:**

אבקש להקטין את הפרמיה החודשית ל: ש"ח \_\_\_\_\_ / ב: \_\_\_\_\_ ש"ח \_\_\_\_\_  
בעקבות ההקטנה:  יוקטן סכום הביטוח היסודי בלבד  
 יוקטנו כל סכומי הביטוח בפוליסה באופן יחסי להקטנת הפרמיה  
(סמן את בחירתך)

**שינוי מסלול ביטוח בפוליסות עדיף: (אפשרי בפוליסות ששווקו החל מ-1/1991)**

אבקש לשנות את מסלול הביטוח בפוליסה בהתאם לפירוט הבא:

1 שינוי אחוזי החסכון ל- % \_\_\_\_\_ מהפרמיה המופנית לביטוח היסודי  
 סכום ביטוח קבוע למקרה מוות על סך \_\_\_\_\_ ש"ח  
לתשומת ליבך - אחוז החסכון המקסימלי שיופנה לחסכון הינו בשיעור של 95%.

**ט. הצהרה לעניין איסור הלבנת הון:**

אני \_\_\_\_\_ (שם בעל הפוליסה/המבוטח) בעל מס' זהות \_\_\_\_\_ מצהיר בזה כי:  
 אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.  
 יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך \_\_\_\_\_  
 אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.  
 הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה הוא איש ציבור?  לא  כן, בארץ  כן, בח"ל. פרט \_\_\_\_\_

**בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):**

שם	מס' זהות	תאריך לידה

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.  
 ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה  X

**י. הצהרה:**

הריני מצהיר/ה כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי הצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מידע, הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או בכוונה מקנות למנורה מבטחים ביטוח בע"מ את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירופי וטיפול בכל ענייני אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

**יא. חתימת המבוטחים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם מבוטח ראשי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח ראשי \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם מבוטח שני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח שני \_\_\_\_\_  
 במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתים גם את בעל הפוליסה:  
 שם בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה \_\_\_\_\_

**יב. חתימת הסוכן:**

הנני מאשר כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו.  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

## הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3

6400000275

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

### פרטי כרטיס אשראי

מספר זרות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	בתוקף עד
		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס	
מס' מיקוד	רחוב	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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד בנק _____ סניף _____	
614		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 חזר להקים בחשבוננו הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
    - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
    - ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
    - 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.
    - 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 להוציאנו 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/ות 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד: _____	
614		מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	

ת.ד. 927, תל-אביב 6100802  
 קיבלנו 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 מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר.  
 אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-דכם.

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

### פרטי המבקש

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_