



מספר חבילה
קוד מחולל

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס זה מיועד לרכישת כיסויים ביטוחיים לסכומי ביטוח שלא יעלו על 750,000 ש"ח

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם סוכן	מספר סוכן
	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 בבית	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 <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> ילדים
כתובת	רחוב מס' בית מס' דירה יישוב מיקוד
טלפון	
e-mail	
קופ"ח	
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 התכנית/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

ח. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזאת כי:

- 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.
- כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את זכויותי 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. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- 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 כריית 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

המידע נמסר מצדנו ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לד"ן. 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>.

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

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי 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.
- אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את זכויותי 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. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- 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 כריית 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 הגני 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)

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והגני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי
 - במועד 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 המבטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
- הריני מאשר כי בכונתי 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

אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים [1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למצבתי/ן ו/או שירותי/ן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכות מנורה מבטחים (אם יש) ללא שינוי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל - <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>

[1] לרבות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.א.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

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

א. הליך צירוף לביטוח – ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הבירור והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח – במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמיך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבטח ראשי.

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

ט. 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 שהגני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שיתרש על ידי המבקש ("המידע") והגני 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 כ"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 ויישוב תביעות בלבד.

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

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

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימת עד _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

י. 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.
- אני מצהיר בזאת כי ביצעתי את כל צעדי הבטיחה 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 צרכי/וצרכיה.
- ככל שהתן אזרח ותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, כלל מסירת נספח ו' לחוזר צירוף לביטוח ("תמצית תנאי הביטוח") ועמידה בהוראות שיווק ביטוח באופן יזום.
- במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההחרגות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות התאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
- אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי 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.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שדרש לבטלה)**
ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח **באמצעות החברה:** מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחותמה - נספח ג.
○ **באמצעות הסוכן:** הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.
- במידה ובוצעה פעולה כלשהי מול המועמד/ת לביטוח באמצעות שיחה טלפונית, השיחה תועדה בהקלטת שמע

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

מספר הצהרה 205

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

יא. הצהרת בריאות ביטוח חיים פרימיום

מבטח ראשי

שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות		מין זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		תאריך לידה		מספר זהות	
מין זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		תאריך לידה		מספר זהות		מין זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	
יש לענות על השאלות שלהלן בסימון V בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית יש לצרף שאלון מתאים שמספרו מופיע בסוגריים () בגוף הצהרה. במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודה רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה יש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.							
האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים				האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים			
האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס				האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס			

שאלות כלליות על מצב רפואי
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

מס'	מבטח ראשי	מבטח משני	שאלון
	מבטח ראשי: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____	מבטח משני: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____	
	מבטח ראשי: האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	מבטח משני: האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
	לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.		

1. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית

מס'	מבטח ראשי	מבטח משני	שאלון
2.	מח מע' עצבים: מערכת העצבים* <input type="radio"/> מוח* <input type="radio"/> טרשת נפוצה* <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> ניוון שרירים* <input type="radio"/> אפילפסיה (3)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון אפילפסיה - 3 *מכתב רפואי
3.	לב, מחלות דם וכלי דם: <input type="radio"/> לב (4) <input type="radio"/> מחלת דם* <input type="radio"/> תסחיף ריאתי* <input type="radio"/> מפרצת/AVM* <input type="radio"/> הפרעות קרישה (5) <input type="radio"/> DVT (5) <input type="radio"/> PVD <input type="radio"/> חסימה בעורקי הצוואר* (קרטיס)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון לב - 4 שאלון כלי דם - 5 *מכתב רפואי
4.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון נפש - 7
5.	המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="radio"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="radio"/> לחץ דם (6)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון לחץ דם - 6 שאלון סוכרת - 8
6.	סרטן: <input type="radio"/> מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים* <input type="radio"/> גידולים שפירים (11) <input type="radio"/> גידולים טרום סרטניים*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון גידולים שפירים - 11 *מכתב רפואי
7.	מע' עיכול: <input type="radio"/> קיבה (12) <input type="radio"/> מעיים (12) <input type="radio"/> וטשטן (12) <input type="radio"/> טחול* <input type="radio"/> לבלב (12) <input type="radio"/> מחלת כבד (13) <input type="radio"/> צהבת (13) <input type="radio"/> כבד שומני (13) <input type="radio"/> פיפטולה <input type="radio"/> קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון מע' העיכול - 12 שאלון כבד וצהבת - 13 *מכתב רפואי
8.	כליות ודרכי שתן: <input type="radio"/> מחלת כליות (15)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון כליות ודרכי השתן - 15
9.	ריאות ונשימה: <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)* <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	*מכתב רפואי
10.	<input type="radio"/> איידס/נשואת HIV*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	*מכתב רפואי
11.	האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? (25)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25

מס'	מבטח ראשי	מבטח משני	שאלון
12.	עיניים: <input type="radio"/> קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) <input type="radio"/> מחלה/בעיה בעיניים (21)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון עיניים - 21
13.	אף/אוזן/גרון: <input type="radio"/> ניקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="radio"/> מיתרי הקול (22)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון אף-ג-22
14.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="radio"/> פיברומיאלגיה* <input type="radio"/> תסמונת העייפות הכרונית* <input type="radio"/> לופוס (זאבת)*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	*מכתב רפואי
15.	אורטופדיה: <input type="radio"/> גב ועמוד שדרה (17) <input type="radio"/> שברים (19) <input type="radio"/> מפרקים (18) <input type="radio"/> מחלת עצמות/שלד*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון עמוד שדרה-17 שאלון מפרקים-18 שאלון שברים-19 *מכתב רפואי

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

"אפי" 12/2022

הוראה לחיוב חשבון

טופס 5-10

6400000275

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חתימת תאריך קבלה בחברה
		01 20	
מס' טל' נייד:	ת.ז.	שם מלא	פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה
מס' טל' נייד:	דוא"ל	שם מלא	פרטי המשלם

פרטי כרטיס אשראי

מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	תאריך עד
		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/>	
מס' מיקוד	כתובת: יישוב 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 שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס אשראי _____ חתימת בעל כרטיס אשראי _____
מנורה מבטחים כרטיס אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיס אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיס דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה בנק סניף
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		

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 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 _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- מבקשים בזה להקים בחשבוננו 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).
- 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 יעשה 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 מסלקה בנק סניף
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		

לכבוד: **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/בעלי החשבון מן ההסדר.
אישור זה לא יפגע בהחייבותיכם לפנינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחתימת