

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס 9-100
640000061

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 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"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
כתובת (רח', מס' בית, עיר, 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 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

ד. כיסויים ביטוחיים

מבוטח ראשי	מבוטח משני**	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80 (מעל 5 מלש"ח גיל תום 70)	<input type="radio"/> ריסק (1)
ש"ח _____	ש"ח _____	70	<input type="radio"/> ריסק (5)
תקופת ביטוח _____ שנים	תקופת ביטוח _____ שנים	80	<input type="radio"/> רצף הכנסה
פיצוי חודשי _____ ש"ח	פיצוי חודשי _____ ש"ח	70	<input type="radio"/> נכות מתאונה
ש"ח _____	ש"ח _____	65	<input type="radio"/> מוות מתאונה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	65	<input type="radio"/> עוד בחיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/> אקסטרא Life *** אירועים משפחתיים כיסוי נוסף ל: <input type="radio"/> ריסק 1 <input type="radio"/> רצף הכנסה
ש"ח _____	ש"ח _____	70	<input type="radio"/> ריסק FIX (מבוטס ריסק 5)****
			אחר _____

* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי ** ניתן לרכוש בפוליסות נפרדות
*** רכישת נספח אקסטרא Life כפופה לכך שהצטרפות 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). **** גיל כניסה מינימלי לחבילת ריסק FIX 27, וגיל כניסה מקסימלי 55.

יסקי הביטוח צמודים למדד

ח. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, במקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזה 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 ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- אני מצהיר בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותיי, 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 _____

- 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 צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
- אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל במתחילה 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 הני 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:
(יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסה העונה על ההגדרה לעיל)

ט. 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:

- הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי בחברה;
- 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 בחברת מנורה, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *

הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת בידי בחברת 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 להצעה.

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

י. אני מסכימה/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותיי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך יעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותיי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאית/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת/ת בקבלת הצעות שיוקיות כאמור.*

*חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

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 שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני 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 מחליתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה 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.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס 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 _____

י. הצהרת סוכן

- אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת/בעלת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ לי אישית על-ידי הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.
- אני מצהיר בזה כי מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (2015-1-12) או כל חוזר שיבוא במקומו.
- אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכיו/הם.
- במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ים לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ים לביטוח.
- במסגרת בירור הצרכים הביטוחיים, נמצא שקיימת למועמד לביטוח פוליסה רלוונטית: כן לא המועמד לביטוח ביקש לבטל או להקטין סכום ביטוח בפוליסה קיימת? כן לא המועמד לביטוח מעוניין שבקשת הביטול תשלח באמצעות סוכן הביטוח? כן לא הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת.
- במידה ולמועמד לביטוח קיימת פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה/ה ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים לפוליסה זו אשר בכוונתי לרכוש (להלן –"פוליסה קיימת") והמועמד לביטוח לא ביקש לבטלה, אני מאשר בזאת כי הסברתי למועמד לביטוח שהצירוף לפוליסה זו הינו עבור פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת ברשותי וכי יגבו ממנו דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

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

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

מבטח ראשי				מבטח משני			
שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מין		תאריך לידה		מין		תאריך לידה	
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		משקל בק"ג		זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		משקל בק"ג	
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	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבטח ראשי	מבטח משני	שאלון
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט				
1.	האם הינך מעשן? כן <input type="radio"/> - סוגיות <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> כמות ביום _____ לא <input type="radio"/> - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			האם הינך מעשן? כן <input type="radio"/> - סוגיות <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> כמות ביום _____ לא <input type="radio"/> - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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 הטינגטון, 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, פציעה, 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 פציעות
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	פרט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
7.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	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	פרט/י את שם התרופה, והסיבה לנטילתה
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:				
1.	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?	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 הריון) 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, הבלבב, 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, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן / לא	כן / לא	שאלון דרכי 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	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 ניוונית (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, טיטנון, סיניזיטיס 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 ליוסט), 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

<p>הערות: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X</p>	<p>הערות: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד משני X</p>
--	--

הוראה לחיוב חשבון

טופס 3-10

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כארט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דינרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי
מספר כרטיס אשראי			מספר זהות
			מס' רחוב ישוב מיקוד

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 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 מסלקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מס' בנק	מספר חשבון בנק
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 _____ רחוב _____ 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:
 - 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 ע"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 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מס' בנק	מספר חשבון בנק
614			

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.
 רשמנו לפיכך את ההוראות, ונפעל על-פייהן 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 בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך בנק סניף _____

פרטי המבקש

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____ נייד: _____