

טופס 8-105
6400000278

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 |
| | | | e-mail: | פקס |
| כתובת | מיקוד | | | |

ב. פרטי המבוטחים

| מבוטח ראשי | | מבוטח משני | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| שם משפחה | | | |
| שם פרטי | | | |
| מס' זהות/דרכון | | | |
| תאריך לידה | | | |
| מין, מצב משפחתי | מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים | מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים | מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים |
| כתובת (רח', מס' בית, עיר, מיקוד) | | | |
| טלפון | | | |
| e-mail | | | |
| מקצוע | | | |
| עיסוק בפועל | | | |

ד. כיסויים ביטוחיים

| מבוטח משני** | מבוטח ראשי | תקופת ביטוח ל כל היותר עד גיל* | |
|--------------|------------|--------------------------------|--|
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | 80 | <input type="radio"/> ריסק (1) |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | 80 | <input type="radio"/> רצף הכנסה |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | 70 | <input type="checkbox"/> נכות מתאונה |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | 65 | <input type="checkbox"/> מוות מתאונה |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | 70 | <input type="checkbox"/> *** חבילת ריסק FIX (מבוטח ריסק 5) |

* תקופת הביטוח בגין כל המבוטחים תקבע לפי גיל תום של המבוטח הראשי, בהתאם לכך מוצע לקבוע את המבוטח הצעיר יותר כמבוטח הראשי.

** ניתן לרכוש בפוליסות נפרדות.

*** גיל כניסה מינימלי לחבילת ריסק FIX 27 וגיל כניסה מקסימלי 55.

• סכומי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן

ג. אופן התשלום

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
 - באמצעות "הב" (יש למלא טופס "הב")
 - 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

ה. נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלים)

| סכום הפיצוי | | |
|----------------------|----------------------|---|
| מבוטח משני | מבוטח ראשי | |
| ש"ח _____ לגיל _____ | ש"ח _____ לגיל _____ | <input type="radio"/> שווה לעתיד משלים 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (לכל ההגדרות העיסוקיות) |
| ש"ח _____ לגיל _____ | ש"ח _____ לגיל _____ | <input type="radio"/> הרחבת הגדרה עיסוקית |
| ש"ח _____ לגיל _____ | ש"ח _____ לגיל _____ | <input type="radio"/> שווה לעתיד משלים 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מיקצועיות) |

* סכום פיצוי: שווה לעתיד משלים לכל ההגדרות העיסוקיות 100,000-300,000 ש"ח. שווה לעתיד - משלים (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מיקצועיות) 100,000-500,000 ש"ח. הגדרת הזכאות לאובדן כושר עבודה של המבוטח/ת במוצר שווה לעתיד משלים תקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו ו/או מקצועו של המבוטח/ת, ועליהם הצהיר המבוטח/ת. התעריף לכיסוי שווה לעתיד משלים יקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו ו/או מקצועו של המבוטח/ת.

ו. מוטבים

| מוטב ראשי | | מוטב משני | |
|-----------|------------|-----------|------------|
| שם מלא | ת.ז./דרכון | שם מלא | ת.ז./דרכון |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 100% | | 100% | |

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים. ** במידה ולא נמסר % חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז 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. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

ז. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש 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:
א. 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.
ב. כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו כבסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
ד. ידוע לי שחובה 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.
ה. אני מצהיר בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
ו. 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

1. 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.
2. 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 תוכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
3. 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 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 הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.
4. במידה וברשותי פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה/ים ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים לפוליסה זו אשר בכונתי לרכוש ("פוליסה קיימת") ולא ביקשתי לבטלה, אני מאשר בזאת כי הוסבר לי שהצירוף לפוליסה זו הינו בגין פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

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

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

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

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

ח. 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו 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 _____

ט. בחינת זכויות המועמד לביטוח לפי חוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, תשנ"ח - 1998

ככל שהנך אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח - 1998, כלומר - "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שפרטיו נקובים בטופס הצעה זה.

י. הצהרת סוכן

1. אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעל/ת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ו לי אישית על-ידי הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.
2. אני מצהיר בזה כי מסרתי למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (12-1-2015) או כל חוזר שיבוא במקומו.
3. אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 7-1-2016 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכיהם/הם.
4. 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.
5. 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

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.

יא. שאלון בריאות למבוטח

| מבוטח ראשי | | | | מבוטח משני | | | |
|--|------------|------------|-----------|--|-----|------------|------------|
| שם משפחה | | שם פרטי | | שם משפחה | | שם פרטי | |
| מין | זכר / נקבה | תאריך לידה | משקל בק"ג | גובה בס"מ | מין | זכר / נקבה | תאריך לידה |
| 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 ? | | | | האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר ? | | | |

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

| מס' | שאלון | מבוטח ראשי | מבוטח משני |
|-----|---|------------|------------|
| 1. | מבוטח ראשי: האם הינך מעשן? כן / לא - סיגריות / אחר _____ כמות ביום _____ מבוטח משני: האם הינך מעשן? כן / לא - סיגריות / אחר _____ כמות ביום _____ לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות כן / לא לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים. | כן / לא | כן / לא |
| 2. | 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 מבוטח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת? | כן / לא | כן / לא |
| 3. | אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז) | כן / לא | כן / לא |
| 4. | ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח? | כן / לא | כן / לא |
| 5. | תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית ? | כן / לא | כן / לא |

האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

| מס' | שאלון | מבוטח ראשי | מבוטח משני |
|-----|---|------------|------------|
| 1. | מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיטוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לידיה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? | כן / לא | כן / לא |
| 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 (פרפריאלי) | כן / לא | כן / לא |
| 3. | בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות | כן / לא | כן / לא |
| 4. | מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה | כן / לא | כן / לא |
| 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 |
| 6. | מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני | כן / לא | כן / לא |
| 7. | מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת | כן / לא | כן / לא |
| 8. | מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד | כן / לא | כן / לא |
| 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 |
| 10. | מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידיזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות | כן / לא | כן / לא |
| 11. | מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאوت, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה | כן / לא | כן / לא |
| 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/אוסטאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטאוארטרוזיס) | כן / לא | כן / לא |
| 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 |
| 14. | 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 | כן / לא | כן / לא |
| 15. | עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפגיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה | כן / לא | כן / לא |
| 16. | מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין וויידס/ נשא HIV | כן / לא | כן / לא |
| 17. | לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, 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 |

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| הערות: | הערות: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X | תאריך: _____ חתימת מועמד משני X |

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3
6400000275

| | | | |
|-----------|---------|-------------------|------------------------|
| מספר סוכן | שם סוכן | תאריך תחילת ביטוח | חותמת תאריך קבלה בחברה |
| | | 01 20 | |

פרטי כרטיס אשראי

| | | |
|-----------------------------|---|----------|
| שם בעל כרטיס אשראי | סוג הכרטיס | בתוקף עד |
| כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד | <input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס | |
| | 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 שיופנק 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 |
| | | |
| 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 ישלחו 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 _____
2. מבקשים בזה להקים בחשבונו 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 עפ"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 להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. 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 _____

לדיעתכם: 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 |
| | | |
| 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 מגיעה 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 בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

פרטי המבקש

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