

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי או חברי ההסתדרות הרפואית בישראל
ובני משפחתם בהתאם לתנאי הפוליסה
ללא הצהרת בריאות

טופס זה מיועד ל:

- ☐ עובדים או חברים המבקשים להצטרף לרובד הרחבה במהלך 90 יום ממועד תחילת תכנית ביטוח זו ו/או 90 יום ממועד העסקת זכאותם על פי נהלי הר"י העובד, המאוחר מבין השניים.
- ☐ בני משפחותיהם של עובדים או חברים המעוניינים להצטרף לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה במהלך 90 יום ממועד תחילת תכנית ביטוח זו ו/או ממועד העסקת זכאות החבר ו/או העובד לצירוף, המאוחר מבין השניים.
- ☐ בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור) המצטרפים לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה במהלך 120 יום מיום הצטרפותם למשפחה.
- ☐ תינוק שנולד/ילד שאומץ המצטרף לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה במהלך 120 יום מיום לידתו/מיום אימוצו, לפי העניין.

תאריך מילוי הטופס: ____/____/____

(1) **פרטי מועמד/ת ראשי/ת (עובד/ת או חבר/ה)**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון נייד:	מס' טלפון ניח:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ כללית	☐ לאומית			
☐ מכבי	☐ מאוחדת			
☒ רובד בסיס - במימון המעסיק עבור עובד/ת או חבר/ה זכאי/ת				
אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול אחד מפרק ד'): ☐ ניתוחים בארץ - מסלול משלים שב"ן (פרק ד'1) ☐ ניתוחים בארץ - מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד'2) ☐ ניתוחים בארץ - מסלול מהשקל הראשון (פרק ד'3) ☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה'2)				
• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות				

(2) **פרטי מועמד משני (בן/בת זוג)**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד:				
☐ זהה לכתובת המועמד הראשי ☐ אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ כללית	☐ לאומית			
☐ מכבי	☐ מאוחדת			
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				

אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול אחד מפרק ד'): ☐

ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן (פרק ד'1) ☐

ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. 5,000 ₪ (פרק ד'2) ☐

ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד'3) ☐

☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה'1+2)

• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות

3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – ילדים

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף *ניתן לבחור מספר הרחבות
ילד/ה 1 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
ילד/ה 2 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
ילד/ה 3 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		
ילדים				כתובת הסניף		

(4) פרטי מועמדים נוספים לביטוח – ילד/ה בוגר/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד: ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי ☐ אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				
אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול אחד מפרק ד'):				
☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן (פרק ד'1) ☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד'2) ☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד'3)				
☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה'1+ ה'2)				
• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות				

(5) פרטי מועמד משני (חתן/כלה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד: ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי ☐ אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				
אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול אחד מפרק ד'):				
☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן (פרק ד'1) ☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד'2) ☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד'3)				
☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה'1+ ה'2)				
• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות				

(6) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – נכדים

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף *ניתן לבחור מספר הרחבות
נכד/ה 1 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה - ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה - כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה - מחלות קשות בטופס נפרד
נכד/ה 2 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה - ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה - כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה - מחלות קשות בטופס נפרד
נכד/ה 3 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה - ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה - כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה - מחלות קשות בטופס נפרד
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		
נכדים				כתובת הסניף		

• נכד שלישי בכל בית אב חיים

פירוט הכיסויים הנכללים (דמי הביטוח - כמפורט בגילוי הנאות המצורף)

רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים ומחילפי ניתוח מחוץ לישראל.
לחבר/ה זכאי/ת: שירותים אמבולטוריים בסיסיים, יחידה אחת של מחלות קשות לחבר/ה זכאים עד גיל 47 בלבד.
רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/משלים שב"ן/משלים שב"ן עם 5,000 ₪ ה.ע), שירותים אמבולטוריים, פיצוי מחלות קשות.

להלן פירוט הפרמיה החודשית לתכנית הביטוח:

רובד הבסיס עבור חברי הר"י - פרמיה חודשית בש"ח	
במימון הר"י	0-60
במימון הר"י	61-66
במימון הר"י	+67

רובד הבסיס עבור בני משפחה - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת	
23 ₪	0-20
39 ₪	21-40
54 ₪	41-50
98 ₪	51-60
139 ₪	61-66
181 ₪	+67

רובד הרחבה

רובד הרחבה ניתוחים בארץ - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת (לבחירה מסלול אחד מבין המסלולים)			
קבוצת גיל	מסלול שקל ראשון	מסלול משלים שב"ן	מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪
0-20	26 ₪	13 ₪	10 ₪
21-25	50 ₪	25 ₪	19 ₪
26-30	50 ₪	25 ₪	19 ₪
31-35	87 ₪	44 ₪	34 ₪
36-40	87 ₪	44 ₪	34 ₪
41-45	121 ₪	61 ₪	47 ₪
46-50	121 ₪	61 ₪	47 ₪
51-55	192 ₪	97 ₪	75 ₪
56-60	228 ₪	119 ₪	92 ₪
61-65	329 ₪	174 ₪	135 ₪
+66	492 ₪	271 ₪	210 ₪

**רובד הרחבה אמבולטורי - פרמיה חודשית בש"ח
בגבייה אישית ישירה למבטחת**

קבוצת גיל	אמבולטורי מלא לחברים שאינם זכאים ולבני משפחה פרק ה'1 + ה'2	תוספת אמבולטורי לחברים זכאים פרק ה'2
0-20	18 ₪	13 ₪
21-25	36 ₪	31 ₪
26-30	36 ₪	31 ₪
31-35	36 ₪	31 ₪
36-40	36 ₪	31 ₪
41-45	36 ₪	31 ₪
46-50	36 ₪	31 ₪
51-55	37 ₪	32 ₪
56-60	39 ₪	34 ₪
61-65	42 ₪	37 ₪
+66	125 ₪	120 ₪

**רובד הרחבה מחלות קשות - פרמיה חודשית בש"ח
עבור כל יחידה בעלות של 50,000 ₪ בגבייה אישית
בכפוף למילוי הצהרת בריאות**

קבוצת גיל	מחלות קשות
0-20	4 ₪
21-25	5 ₪
26-30	7 ₪
31-35	10 ₪
36-40	17 ₪
41-45	31 ₪
46-50	50 ₪
51-55	83 ₪
56-60	127 ₪
61-65	192 ₪
+66	294 ₪

- רבדי ההרחבה הינם בכפוף לקיום רובד הבסיס כמפורט לעיל
- מדד יסודי - המדד אשר יפורסם ביום 15.09.2025
- ילד עד גיל 20 כולל.
- ילד שלישי ואילך חינם. נכד שלישי ואילך חינם בכל בית אב.

7 ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נתון/ת בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל, ומשרד הביטחון למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת או אחלה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי אליהם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

8 הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות וידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדיון.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורין או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
- ידוע לי שחוק הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- קבלת מידע מהותי -**
 הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכניות הביטוח וכי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי לגבי הביטוח, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

9 מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפניסיוניים שלך ובכל העניינים הקשורים לאלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיוור ישיר) אלא אם ביקשת אחרת לעניין זה מקום שהדיון מאפשר זאת. המידע עשוי לעבור לספקים ולצדדים שלישיים לצורך מימוש המטרות לעיל ובכפוף להוראות הדיון. ברוב המקרים אין חובה חוקית למסור את המידע אך בלעדיו לא נוכל לספק לך את השירות המוצר המבוקש. לפרטים על זכויותיך לעיון ותיקון מידע אישי ולדרכי פנייה לממונה על הגנת הפרטיות, מצורף קישור למדיניות הפרטיות <https://www.menoramivt.co.il/general/privacy-policy>

- ☐ מוסכם עלי לקבל דברי פרסום ממנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp, וגם שמידע רלוונטי אודותיי יועבר לחברות אחרות בקבוצת מנורה מבטחים* לשם קבלת דברי פרסום והצעות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, כולל אלו המותאמות לי אישית, לרבות ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp.
- * לרבות שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.אר.אן ישראל בע"מ וחברות אחרות בקבוצה.
- או סימון "V" אין משמעו סירוב לקבלת דברי פרסום אם כבר הסכמת לקבלן בעבר ובמקרה כזה העדפותיך לגבי דברי פרסום שרשומות אצלנו יישמרו. ניתן לשנות את העדפות אלו בכל עת ב- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>
- ☐ אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת המייל שמסרת.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____
 *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

אופן משלוח דיווחים ומסמכים-דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____
 כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____
 כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____
 (ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז)
 במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד האמצעים המפורטים מטה.
 באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000 * או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il>
 לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תוכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

מספר פוליטה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	☐ לאומי ויזה ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ דינרס	בתוקף עד	מספר כרטיס אשראי _____
מספר זהות	שם בעל כרטיס אשראי	כתובת: יישוב	רחוב
מס' ס"ב	מס' מיקוד		

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למפיקה. 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	514	

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/אנחנו החשבון המופיע בספרי הבנק _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נוחת/ים לכם בה הוראה לחיוב את חשבוננו/הנל' בספריכם, בגין ביטוחי חיים, בססמים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפי/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין. ב. נראה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מפיעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/ל' מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קבלת הוראות מ-

שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונם/גם בבנק יזיה 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 מפיעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבות/ים כלפיהם, לפי כתב השימי שחתם על-דיכום.

תאריך בנק סניף

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	514	

אישור הבנק - חתימה וחותמת