

## בקשת הצטרפות לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם

טופס זה מיועד ל:

- ☐ עובדים המבקשים להצטרף במהלך תקופת זכאות העובד.
- ☐ עובד / גמלאי שאינו מבוטח קיים המעוניין להצטרף ו/או להצטרף ולצרף את בני משפחתו בתוך 30 יום ממועד תחילת ההסכם (1.7.2025 עד 30.7.2025).
- ☐ בן/בת זוג חדשים של עובד מבוטח המצטרף לפוליסה בתוך 90 יום ממועד הנישואין/ממועד הפיכתם לבני זוג.
- ☐ צירוף ילד בתוך 90 יום מיום הגיעו לגיל 3.

תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ תאריך תחילת הזכאות: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(1) פרטי מועמד/ת ראשי/ת- נא לסמן:

- ☐ עובד/ת  
☐ גמלאי

|                                                            |         |                              |            |          |
|------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------|----------|
| שם משפחה                                                   | שם פרטי | מס' זהות                     | תאריך לידה | מין      |
|                                                            |         |                              |            | זכר/נקבה |
| כתובת המועמד                                               |         | מס' טלפון נייד:<br>חובה למלא |            |          |
| רחוב:                                                      | מספר:   | עיר:                         | מיקוד:     |          |
| מס' טלפון:                                                 |         | כתובת דוא"ל:<br>חובה למלא    |            |          |
| <input type="checkbox"/> הנני מעוניין להצטרף לתכנית הביטוח |         |                              |            |          |

(2) פרטי מועמד/ת משנית (בן/בת זוג)

|                                                              |         |                              |            |          |
|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------|----------|
| שם משפחה                                                     | שם פרטי | מס' זהות                     | תאריך לידה | מין      |
|                                                              |         |                              |            | זכר/נקבה |
| כתובת המועמד:<br>זהה לכתובת המועמד הראשי אחר                 |         | מס' טלפון נייד:<br>חובה למלא |            |          |
| רחוב:                                                        | מספר:   | עיר:                         | מיקוד:     |          |
| מס' טלפון:                                                   |         | כתובת דוא"ל:<br>חובה למלא    |            |          |
| <input type="checkbox"/> הנני מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח |         |                              |            |          |

(3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – ילדים מגיל 3 עד גיל 25 (כולל):

| המועמד             | מס' ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין      |
|--------------------|----------|----------|---------|------------|----------|
| ילד 1<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |
| ילד 2<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |
| ילד 3<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|
| זכר/נקבה |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ילד 4<br>עד גיל 25 |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|

(4) פרטי מועמד/ת משני/ת (ילד בוגר מגיל 26)

|                                                              |         |                              |            |          |
|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------|----------|
| שם משפחה                                                     | שם פרטי | מס' זהות                     | תאריך לידה | מין      |
|                                                              |         |                              |            | זכר/נקבה |
| כתובת המועמד:<br>זהה לכתובת המועמד הראשי<br>אחר              |         | מס' טלפון נייד:<br>חובה למלא |            |          |
| רחוב:                                                        | מספר:   | עיר:                         | מיקוד:     |          |
| מס' טלפון:                                                   |         | כתובת דוא"ל:<br>חובה למלא    |            |          |
| <input type="checkbox"/> הנני מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח |         |                              |            |          |

(5) פרטי בן/ת זוג של מועמד/ת משני/ת ילד בוגר (חתנים/כלות)

|                                                              |         |                              |            |          |
|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------|----------|
| שם משפחה                                                     | שם פרטי | מס' זהות                     | תאריך לידה | מין      |
|                                                              |         |                              |            | זכר/נקבה |
| כתובת המועמד:<br>זהה לכתובת המועמד הראשי<br>אחר              |         | מס' טלפון נייד:<br>חובה למלא |            |          |
| רחוב:                                                        | מספר:   | עיר:                         | מיקוד:     |          |
| מס' טלפון:                                                   |         | כתובת דוא"ל:<br>חובה למלא    |            |          |
| <input type="checkbox"/> הנני מעוניין/ת להצטרף לתכנית הביטוח |         |                              |            |          |

(6) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – נכדים מגיל 3 עד גיל 25 (כולל):

| המועמד             | מס' ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין      |
|--------------------|----------|----------|---------|------------|----------|
| נכד 1<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |
| נכד 2<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |
| נכד 3<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |
| נכד 4<br>עד גיל 25 |          |          |         |            | זכר/נקבה |

(7) **פירוט הכיסויים הנכללים (דמי הביטוח - כמפורט בגילוי הנאות המצורף):**  
 כיסוי לטיפולים משמרים, פריודונטיים, פרוטטי, שתלים, טיפולים אורתודונטיים.

### **פירוט סך דמי הביטוח החודשיים:**

| פרמיה חודשית בש"ח                                                                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו הזכאים, גמלאיו ובני משפחתם<br>20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד |         |
| עובד/ת/גמלאי                                                                                                                     | 178.1 ₪ |
| בן/בת זוג, ילד/ה בוגר/ת מעל 25 (כולל), כלות/חתנים                                                                                | 178.1 ₪ |
| ילד/נכד עד גיל 25 כולל                                                                                                           | 67.1 ₪  |

- מדד בסיס – המדד הידוע ביום 15.6.2025 שערכו 14500 נקודות
- ילד שלישי ואילך חנים.

### (8) **ויתור על סודיות רפואית**

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדיי כאפוסטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של המבטחת לקבל בשמי ובשם ילדיי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות אך לא רק, בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או ביטוח לאומי ו/או מי מטעמם ו/או משרד הביטחון. הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהיינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

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): \_\_\_\_\_

### (9) **הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:**

- ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה מיום הצטרפותי ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבי וכי לא אהיה זכאי לבטל את הביטוח ו/או להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח אלא בכפוף לתנאי הפוליסה ולחוזר ביטוח שניים 4-2012 המפורטים להלן.
- ידוע לי שחזה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטחת תאשר בכתב את קבלתי כמועמד/ת לביטוח.
- המידע נמסר מרצוןך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליהן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. 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>.
- ידוע לי שילדים עד גיל 18 יכולים להיות מבטחים רק בביטוח המשמר+אורתודנטיה, ילד מגיל 18 זכאי לטיפולים משמרים + טיפולים פריודונטיים.

### ה. **קבלת מידע מהותי -**

עיינתי בגילוי נאות של תכניות הביטוח וכן 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 העקריים, 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.

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): \_\_\_\_\_

#### 10) תנאי ביטול הפוליסה בהתאם לחוזר ביטוח שיניים 2012-1-4:

- א. תנאי בתכנית ביטוח המתייחס לביטול פוליסה על ידי מבטח יהיה בהתאם לעקרונות אלה:
- 1) מבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בפסקה (2) להלן.
  - 2) מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
- ב. המבטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן - התקופה הקובעת).
- לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה.
- ג. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.
- ד. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטחים אחרים בפוליסה.
- 1) גובה ההחזר הכספי האמור בפסקה (2), לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו-

**"סך תגמולי הביטוח"** - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

**"סך הפרמיות"** - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

| תאריך | שם משפחה | שם פרטי | חתימה |
|-------|----------|---------|-------|
|-------|----------|---------|-------|

אני מסכימה/ה להעברת המידע אודותי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריו, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. 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>.

אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת \_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_.

\*\* החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

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.

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז 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 באמצעות מוקד השירות 2000\* או באמצעות דוא"ל [har.bit@menora.co.il](mailto:har.bit@menora.co.il) לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



## הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

|                        |                   |                |                  |
|------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| חוזמת תאריך קבלה בחברה | תאריך תחילת ביטוח | שם בעל הרישיון | מספר בעל הרישיון |
|                        | 20                | 01             |                  |

### פרטי כרטיס אשראי

|                    |                                                                                                           |               |              |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| סוג הכרטיס         | <input type="checkbox"/> לאומי ויזה<br><input type="checkbox"/> ישראכרט<br><input type="checkbox"/> דינרס | אמריקן אקספרס | בתוקף עד     |
| מספר כרטיס אשראי   |                                                                                                           |               |              |
| שם בעל כרטיס אשראי |                                                                                                           |               |              |
| מספר זהות          | מס' מיקוד                                                                                                 | רחוב          | כתובת: יישוב |

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב 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 חתימת בעל כרטיס האשראי  
מנורה מבטחים 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 | מספר חשבון בנק | סוג חשבון      |
| 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 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 בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ מכתובת מספר מספר עיר מיקוד

נומרים/לכם בזה הוראה לחייב את חשבון/נו הנ"ל בספריכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעט, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מוקדמת/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראות כל דין. ב. 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, הדיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

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

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ו/או לא ישלחו לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

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

6. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/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/מאתם.

תאריך חתימת בעלי החשבון

### אישור הבנק

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

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבון/נו 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 מפעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השימי שחתם על ידיכם.

תאריך בנק סניף