

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור עובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה
כולל הצהרת בריאות

טופס זה מיועד ל:

- ☐ עובדים המבקשים להצטרף לרובד הרחבה לאחר תום מועד זכאותו של העובד.
☐ בני משפחותיהם של עובדים המעוניינים להצטרף לרובד בסיס ו/או רובד ההרחבה לאחר תום מועד זכאותו של העובד.
☐ בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור) המצטרפים לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה לאחר 90 יום מיום הצטרפותם למשפחה.
☐ תינוק שנולד/ילד שאומץ המצטרף לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה לאחר 180 יום מיום לידתו/מיום אימוצו, לפי העניין.

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				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון נייד:	מס' טלפון ניח:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ כללית ☐ מכבי	☐ לאומית ☐ מאוחדת			
☐ רובד בסיס – מסלול משלים שב"ן עם ה.ע. על סך 5,000 ₪ + כתב שירות אבחון מהיר				
אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה במסלול (יש לבחור מסלול אחד):				
☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן ללא ה.ע.				
☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון				

(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 ☐ מכבי	☐ לאומית ☐ מאוחדת			
☐ אני מבקש/ת להצטרף לתוכנית הביטוח ברובד הבסיס: ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן עם ה.ע. על סך 5,000 ₪ + כתב שירות אבחון מהיר		☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה במסלול (יש לבחור מסלול אחד): ☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן ללא ה.ע. ☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון		

(3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – ילדים

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף
ילד/ה 1 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
ילד/ה 2 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
ילד/ה 3 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
ילד/ה 4 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		כתובת הסניף
ילדים						

• ילד עד גיל 25 כולל, ילד שלישי ואילך חינם

(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:	
☐ אני מבקש/ת להצטרף לתוכנית הביטוח ברובד הבסיס: ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן עם ה.ע על סך 5,000 ₪ + כתב שירות אבחון מהיר ☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה במסלול (יש לבחור מסלול אחד): ☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן ללא ה.ע ☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון				

(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:					
☐ אני מבקש/ת להצטרף לתוכנית הביטוח ברובד הבסיס: ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן עם ה.ע. על סך 5,000 ₪ + כתב שירות אבחון מהיר					☐ אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה במסלול (יש לבחור מסלול אחד): ☐ ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן ללא ה.ע. ☐ ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון				

(6) **פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – נכדים**

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף
נכד/ה 1 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
נכד/ה 2 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
נכד/ה 3 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
נכד/ה 4 עד גיל 25 (כולל)					זכר/נקבה	☐ לרובד הבסיס + אבחון מהיר לרובד הרחבה ☐ מסלול משלים שבן ☐ מסלול מהשקל 1
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		כתובת הסניף

פירוט הכיסויים הנכללים

תוכנית הביטוח: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/משלים שב"ן/משלים שב"ן עם ה.ע על סך 5,000 ₪), שירותים אמבולטוריים, אבחון מהיר.

להלן פירוט הפרמיה החודשית לתכנית הביטוח:

רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח מימון בשווי של 80% החייב במס ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו הזכאים, גמלאיו ובני משפחתם 20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד		
משלים שב"ן ה.ע 5,000 ₪ + אבחון מהיר		
עובד/ת/גמלאי	263 ₪	
בן/בת זוג, ילד/ה בוגר/ת מעל 25 (כולל), כלות/חתנים	263 ₪	
ילד/נכד עד גיל 25 כולל	45.2 ₪	
רבדי הרחבה ניתוחים בארץ וולנטריים - פרמיה חודשית בש"ח דלתא לתוספת במימון העובד בגבייה אישית		
שקל ראשון ללא השתתפות עצמית	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית	
1.5 ₪	1 ₪	0-25
12 ₪	8 ₪	26-30
16 ₪	10 ₪	31-40
23 ₪	14 ₪	41-50
33 ₪	20 ₪	51-60
80 ₪	48 ₪	61-70
96 ₪	58 ₪	+ 70

- עבור מבוטחים שאינם מסובסדים ע"י הבנק התשלום כולו יתבצע באמצעות אמצעי תשלום אישי.
- ילד עד גיל 25 (כולל)
- ילד שלישי ואילך במשפחה – חינם
- מדד בסיס: המדד שפורסם ב 15/06/2025 שערכו 14500 נק'

מבטח ראשי		בן/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
מערכת אף און גרון- לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה											
עור ומין- לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה											
מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות, יש לצרף מסמכים רפואיים											
לנשים: בעיות גניקולוגיות ושהדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרייון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____?											
לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים לילדים: האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?											
*פעילות ספורט אתגרית הינה- טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאייה באוויר, טיסה בכל טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אוויר, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, ציד, גלישה אט החלקה על שלג.											
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____						מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____					
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____						מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____					

אופן משלוח דיווחים למבטח- מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהנך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות מעמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

7) ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/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 מרופאיכם 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מפרה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי 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:

- א. 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.
- ב. אני/אנחנו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. המידע נמסר מרצוןך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים ולשם קבלת הצעות והטבות ביחד למוצריהן, זאת באמצעות כל פרטי הקשר שמסרת. עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, 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>. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים ומשלוח פניות מותאמות אישית, ניתן לפנות בכל עת ל- <https://menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.
- ד. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ה. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין 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.
- ו. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
- ז. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- ח. **קבלת מידע מהותי -**

הריני לאשר כי עיינתי בגילוי הנאות של תכנית 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.

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): _____

המידע נמסר מרצוןך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, 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>.

אני מסכימ/ה להעברת המידע אודותיי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים^[1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרת. 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 ומשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>.

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>. פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תוכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

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

	X									
תאריך	חתימה	תעודת זהות								שם העובד/ת

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



מספר פוליסה

הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

כרטיס כרטיס אשראי

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

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנופיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנופיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק וישא 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	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.

- אני/הח"מ _____ שם בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
נותן/ים לכך הוראה לחייב את חשבונו/נו הל"ל בספריכם, בנין ביטוחי/ים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעגלי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- יחזע לי/נו 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. נודה רשאים לבטל חיוב מסויים ומלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזכי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- יחזע לי/נו כי הפרטים שציינתי בכתב ההרשאה ומילוי, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.
- יחזע לי/נו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/י מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מעני/מאתם.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

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

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____ שייפועו באמצעי מעגלי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפינו את ההוראות, ונפעל על פי/הן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה 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 בהתחייבותכם כלפינו, לפי כתב השישי שנחתם על ידיכם.

תאריך בנק סניף

אישור הבנק - חתימה וחתימת