



020300101

חותמת תאריך קבלה בחברה

**"בית בטוח"**  
**ביטוח לבעלי משכנתאות**  
**הצעה לביטוח חיים ולביטוח מבנה**

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	שם פוליסה:	מבטוח ראשון
שם פרטי	שם משפחה	שם פוליסה:	מבטוח שני
מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה
מין	מין	מין	מין
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
שם המוסד הרפואי המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל
שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל
עיסוק	עיסוק	עיסוק	עיסוק
רוקן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	רוקן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	רוקן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	רוקן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>
כתובת המבטוחים	כתובת המבטוחים	כתובת המבטוחים	כתובת המבטוחים
קומה	קומה	קומה	קומה
מבטוח ראשי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן בחברה _____	מבטוח ראשי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן בחברה _____	מבטוח שני: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן בחברה _____	מבטוח שני: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן בחברה _____

\* במידה וקיימת פוליסה נוספת לביטוח חיים ו/או מבנה עבור ביטוח המשכנתא, באחריות המבטוח לבעל פוליסה זו. החברה אינה אחראית לביטול הפוליסה הנוספת במידה וקיימת.

**ב. פרטי הביטוח** - בהתאם לנתונים שנמסרו להלן תחשיב הפרמיה והכיסויים המבוקשים בפוליסה:  
טופס זה אינו מיועד להלוואות מסוג "בלון", להלוואות "בלון" יש לרכוש כיסוי "ריסק 1" על-ידי מילוי טופס "הצעה לביטוח חיים".

הלוואה מספר	1	2	3	4
יתרת הלוואה נכחית				
יתרת תקופה בשנים				
תאריך סיום הלוואה				
ריבית שנתית				
נכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סכום הביטוח (יורד) זהה לסכום ההלוואה, והכיסוי הוא עד גיל 70.				
קרן אור טופ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סכום הביטוח (יורד) זהה לסכום ההלוואה, והכיסוי הוא עד גיל 75, מקסימום עד 600,000 ש"ח.				
האם בדרך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
במידה והתשובה היא כן יש למלא שאלון החלפה/השוואה.				

**ג. ביטוח מבנה הדירה**

הכיסוי מיועד לביטוח מבנה של דירות מגורים בלבד.

**מבטוח ראשי**

שחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

מוות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

**מבטוח שני**

שחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

מוות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

סכום ביטוח מבנה \_\_\_\_\_

גודל הנכס (מ"ר) \_\_\_\_\_

סוג הנכס \_\_\_\_\_

ביטוח מבנה הדירה כולל: מבנה, רעידת אדמה, תיקון נזקי מים ונזלים למבנה שמקורם בצנרת.

**ד. כתב שירות נגד יבש** הכיסוי מיועד לבעלי בתים פרטיים ודירות נג, ניתן לרכישה רק במידה ונרכש ביטוח מבנה.

**ה. פרטי הבנק המלווה**

בנק מלווה \_\_\_\_\_

מספר סניף \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

תאריך התחלת הביטוח \_\_\_\_\_

אופן התשלום  חודשי  אחר \_\_\_\_\_

\* ניתן לרכוש מקסימום 500,000 ש"ח לנכות מתאונה ומוות מתאונה בטופס זה. רכישת כיסויים נוספים אחרים מחייבת מילוי טופס "הצעה על מצב בריאות".

**ז. פרטי ההלוואה המקורית**

הלוואה מספר	1	2	3	4
תאריך לקיחת המשכנתא				
ריבית				
תקופה (מקורית) בשנים				
גובה משכנתא מקורי				
או תשלום חודשי היום				
או יתרת הקרן				

**ח. אני מצהיר** בזאת כי אני מבטוח בביטוח חיים ב \_\_\_\_\_, בגובה סכום המשכנתא החל מתאריך \_\_\_\_\_ והפוליסה היא בתוקף מתחילתה ועד היום.

**ט. הנני/נו מסכים/ים** ומאשר/ים מראש כי סכום הביטוח והפרמיה יותאמו לסכומים ולתקופה אשר נקובים בהלוואה/ות על שמי ו/או שם אשתי בבנק:

**י. פרטי המוטבים** סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למוטב בהוראה בלתי חוזרת, הבנק המלווה, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת תשלום ל:

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100%						
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100%						

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת המבטוח ראשון \_\_\_\_\_ חתימת המבטוח שני \_\_\_\_\_

**1 ביטוח חיים וביטוח מבנה**

**2 הצהרת בריאות והצהרות**

**3 הרשאה לחיוב חשבון**



**יא. שאלות על מצב בריאות**

פרטי המבוטח	פרטי מבוטח ראשי			פרטי מבוטח שני		
	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	גובה	משקל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	גובה

1. הצהרת אי-עישון/עישון	
<p><input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר כמה ביום _____</p> <p>האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר כמה ביום _____</p> <p>האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____</p>

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
כן	לא	כן	לא

**שאלות כלליות**  
לכל שאלה סמן / בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם. הקפד לרשום מימין לגבי מבוטח ראשי ומשמאל לגבי מבוטח שני.

2.	האם נפצעת פעם? האם קיימת נכות?		
3.	האם אתה צורך/צרכת סמים או היך שותה קבוע יותר מכוס אלכוהול אחת ביום?		
4.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך הקשור באומנות, ספורט, טייס, צלילה, חומרים מסוכנים?		
5.	בוצע או המלץ לבצע בדיקה כל שהיא: ציטור, מיפוי לב, א.ק.ג., קולונסקופיה, אנדוסקופיה, אולטרסאונד, אקו לב, רנטגן, ארנומטריה, C.T., או כל בדיקה אחרת.		

**שאלון מחלות/הפרעות**  
האם יש לך או אי פעם היו לך סימני המחלות/הפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון רלוונטי

1.	מערכת העצבים נפש, שניה, אפילפסיה ארוע מוחי		
2.	ריאות ו/או דרכי הנשימה		
3.	לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם		
4.	מערכת עיכול - ושת, קיבה, מעיים, כבד, בלבלב, פי הטבעת		
5.	כליות ו/או דרכי שתן		
6.	סכרת, בלוטת התריס, שומנים, FMF, הפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות		
7.	הפרעות בספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, מחלות זיהומיות, מין, איידס		
8.	גב ועמוד השידרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת החיבור		
9.	סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו? האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות? (אם כן - פרט) _____		

**שאלות נוספות**

1.	האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע: _____		
2.	האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד?		
3.	האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת? פרט: _____		
4.	האם אתה נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה ולאזהר צורך: _____		

הערות: \_\_\_\_\_

**יב. הצהרת המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ולביטוח**

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקש בה ממונרה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: מנורה מבטחים ביטוח) לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה. אני/נו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בה כ:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן בתנאים מקבילים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה, ישמש תנאי יסודי לחוזה ביטוח בינינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע עלינו על כל עניין מהותי נוסף, אשר עלול לשמש שיקול מטעמכם לחיית קבלת ההצעה (סעיף 6 (ג) לחוק חוזה הביטוח).
- הרשות בידי מנורה מבטחים ביטוח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה, מבלי שיהיה חייב להצדיק או להסביר את החלטתו. ידוע עלינו שחובה ביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד/ים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
- תשובתי/ינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוסכן במאגר מידע, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמש לצורכי המבטח בלבד.
- אני/נו החתום/ים מטה הרשום/ים בהצעה כמועמד/ים לביטוח חיים מסכים/ים בה שחיינו יבטוחו בתנאים ובהתאם לאמור לעיל.
- אני מצהיר/ים בה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שיעיד לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוגהת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת "מנורה מבטחים החזקות בע"מ" (קבוצת מנורה מבטחים) או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין.
- אני מסכים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.
- אני מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.

אני מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שיימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך  לבעלות על הפוליסה  חתימת המועמד הראשי לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

**יג. ויתור על סודיות רפואית**

הנני מצהיר/ים כי תשובתי לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודעת/ים כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידוען או בכוונה מקנות ל"חברה" את הזכות לכתוב את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. הרני מצהיר/ים בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסות, הקשורים אליהן. הרני מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

לכבוד \_\_\_\_\_

אני הח"מ מותר בזאת על סודיות רפואית/שיקומית/סוציאלית/פסיכיאטרית/ כלפי המבקשים. ונותן בה רשות לקופ"ח, בתי חולים, מכון מור, למוסד לביטוח לאומי לגבי כל מידע הקיים מכל המחלקות במל"ל (לרבות פרט טלפוני הממ"ל) ו/או משהב"ט/צה"ל ו/או כל רופא או מוסד בתחום ברה"נ ו/או בתי אבות ו/או כל קרנות הפנסיה והגמל ו/או משרד הבריאות ו/או מוסדות שיקומיים ו/או מוסדות נמלה ו/או עיריות/רשויות ורחה. ולכל עובד או רופא או מוסד רפואי, מכון בדיקות רפואי וכל רופא ו/או עובד אחר שטיפל בי או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאות/סוציאל/נפשי ותשלומים שקיבלתי עקב מצבי וכן למסור לי: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן: המבקשים) כל מידע על מצבי הבריאות/שיקומי/סוציאל/סיעודי/נופשי ונפשי אני מתיר לכל חברת ביטוח אחרת (לרבות אבנו והפול) למסור למבקשים כל מידע מנהלתי, רפואי או אחר על כל פוליסה ו/או תביעה ו/או כל מידע אחר המצוי ברשותם לרבות תיעוד ומידע מצד ג' ותשלומים.

אני מתיר למשטרת ישראל למסור כל מידע על כל תיק תאונה/לתי"ב בו הייתי מעורב הן לרבות צילום תיק לתי"ב מלא. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1891, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/ארגונים המצויים להלן. הבקשה לקבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.

ויתור זה מחייב אותי, את עוזבתי את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.

תאריך החתימה \_\_\_\_\_ שם המבוטח הראשי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח ראשי

תאריך החתימה \_\_\_\_\_ שם המבוטח השני \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח שני

הנני מצהיר/ים כי התשובות לשאלות בטופס זה הן כפי שנמסרו אישית ע"י המועמד לביטוח

תאריך \_\_\_\_\_ שם העד \_\_\_\_\_ מספר זהות העד \_\_\_\_\_ חתימת העד

**2 הצהרת בריאות והצהרות**

**3 הרשאה לחיוב חשבון**

מספר פוליסה

--



020300301

מספר זהות/דרכון

--

שם בעל הפוליסה

--

**יד. מינוי הסוכן כשלוחו של המבוטח**

מבוטח נכבד, על-פי סימן ו' לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על-פי דרישתך בכתב אתה יכול למנותו כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אם כן, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה.

**המינוי** - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני החתום מטה ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום לעיל להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך  חתימת המועמד לבעלת על הפוליסה  חתימת המועמד הראשי לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס**

סוג הכרטיס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינירט		
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	
רחוב	מספר בית	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 שיופק וישיא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך  חתימת בעל כרטיס האשראי

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה סניף	קוד בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה		
614			

**הרשאה לחיוב חשבון**



לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

1. אני/הח"מ: שם בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות / ח"פ \_\_\_\_\_

- 4. ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- 6. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לילנו 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.

- מכתובת רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_
- נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו ה"גל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם באמצעי מונטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לילנו כי:
- א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתוכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.
  - ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה, אם נקבעו.
  - 3. ידוע לילנו כי הפרטים שצוינו בכתב הרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

**פרטי ההרשאה**  
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה סניף	קוד בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה		
614			

**אישור הבנק**

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ  
אלנובי 115, תל-אביב 65817

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_  
לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מונטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב הרשאה.  
רשמנו לפינוי את ההוראות, ונפעל על-פיהן 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 בעל החשבון, או כל עוד לא הוצא/בעל החשבון מן ההסדר.  
אישור זה לא יפגע בהתייבשותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

אישור הבנק - חתימה וחומת

--

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_