



טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מטריקס ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה - כולל הצהרת בריאות
ילדים בוגרים ובני משפחותיהם

הנני מבקש/ת בזה ממנורה חברה לביטוח בע"מ להמשיך את תכנית הביטוח הקבוצתי לעובדי מטריקס בחברת "מנורה"
ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

טופס זה מיועד ל:

- ☐ מבוטחים קיימים (ילד/ה בוגר/ת) ובני משפחותיהם המבוטחים ומעוניינים להמשיך את הביטוח הקבוצתי ולהצטרף לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה חדשים של (ילד/ה בוגר/ת) – שמעוניינים להצטרף לביטוח לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה חדשים של ילד/ה בוגר/ת (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור, לידה/אימוץ) המצטרפים לתכנית הביטוח לאחר 180 יום מיום הצטרפותם למשפחה.

תאריך מילוי הטופס: ____/____/____ תאריך תחילת העסקה: ____/____/____

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעי גביה אישיים.
טופס שיחתם עד ה-15 לחודש – הצירוף והתשלום יהא החל מה-1 לאותו החודש. טופס שיחתם לאחר ה-15 לחודש – הצירוף יהא ממועד מילוי הטופס, אולם תשלום הפרמיה יהיה מה-1 לחודש העוקב.

1) עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: ☐ כן ☐ לא

א. פרטי המועמדים לביטוח										
מ"ב	מספר זהות				שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין		
ילד/ה בוגר/ת								☐ זכר ☐ נקבה		
חתן/כלה								☐ זכר ☐ נקבה		
נכד 1								☐ זכר ☐ נקבה		
נכד 2								☐ זכר ☐ נקבה		
נכד 3								☐ זכר ☐ נקבה		
נכד 4								☐ זכר ☐ נקבה		

עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם רופא מטפל	
כתובת מגורים*		מבוטח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18	
		רחוב	מספר בית	☐ כתובת זהה למבוטח ראשי		☐ כתובת זהה למבוטח ראשי	
				רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית
		יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד
		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*	
		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית	
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		ילד/ה בוגר/ת		@			
		חתן/כלה		@			
		נכד (מעל גיל 18)		@			

• חובה מגיל 18

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן (לא ניתן לרכוש הרחבה מסלול שקל ראשון או שב"ן ללא רכישת רובד בסיס)						
נכד 4	נכד 3	נכד 2	נכד 1	חתן/כלה	ילד/ה בוגר/ת	תיאור
						רובד בסיס
						רובד הרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון
						רובד הרחבה במסלול ניתוחים לבעלי שב"ן (משלים שב"ן)

שאלון בריאות

נכד 4		נכד 3		נכד 2		נכד 1		חתן/כלה		ילד/ה בוגר/ת													
												יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14											
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא												
												האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב, סרטן?											
												האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?											
												האם אושפדת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות?											
												האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות?											
												האם את/ת מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד?											
												האם הינך זקוק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות?											
												האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?											
מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____												מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____											
מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____												מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____											
מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____												מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____											
מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____												מועמדת/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימה: _____											

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

להלן העלויות החודשיות של פוליסת הבריאות:

רובד בסיס: השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית, התייעצות עם רופאים מומחים, בדיקות אבחנתיות.
רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (שקל/משלים שב"), טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים, חוות דעת נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל, רפואה משלימה, פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח ברשימה, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, עזרה ראשונה ברפואת שיניים.

מבוטח	בסיס	מורחב מסלול מ"השקל הראשון"	מורחב מסלול משלים שב"
עובד	במימון מטריקס	192.43 ₪	183.88 ₪
בן זוג/ ילד בוגר מעל גיל 30	38.49 ₪	192.43 ₪	183.88 ₪
ילד עד גיל 30	17.11 ₪	48.46 ₪	47.04 ₪

- המדד יסודי בגין הפרמיה – המדד שפורסם ביום 15.9.2025 וערכו 14654 נקודות.
- המדד היסודי בגין סכומי הביטוח- המדד שפורסם ביום 15.10.2022 וערכו 13231 נקודות.
- ילד עד גיל 30 (כולל)
- התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד לשני ילדים, ומהילד השלישי ואילך חינם. (לא חל על נכדי העובדים)

(3) למבקשים להצטרף לניתוחים משלים שב"

לידיעתך, הכיסוי המורחב לניתוחים פרטיים בארץ הינו ביטוח לבעלי שב"ן המהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) ועד תקרת ההסדר עם ספקי השרות של החברה. **להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל** על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויות ע"פ השב"ן וכן לפנות למנורה מבטחים בע"מ למימוש זכויותיו ע"פ הפוליסה. **דמי הביטוח בגין תכנית זו** נמוכים מדמי הביטוח המשולמים בגין תכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. **מבוטחים שרכשו תכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברות ביטוח** ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות למבטחת ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

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):** _____

(4) ייתור 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 מרפאיכם ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם 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 מפיח 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):** _____

5) 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/ מאשרים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחיית הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ד. 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.
- ה. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
- ו. ידוע לי שחוק הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- ז. **קבלת מידע מהותי -**
- ח. 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.

6) מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפיננסיים שלך ובכל העניינים הקשורים לאלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיור ישיר) אלא אם ביקשת אחרת לעניין זה מקום שהדיון מאפשר זאת. המידע עשוי לעבור לספקים ולצדדים שלישיים לצורך מימוש המטרות לעיל ובכפוף להוראות הדין. 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 אודותי 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.
- אי 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 שמסרתי.

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): _____

7) הצהרת בעל הרישיון:

- א. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- ב. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח ובררתי את צרכי בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו.

תאריך: _____ *מספר רישיון: _____ *חתימת בעל הרישיון: _____

"רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם או לחילופין, בפוליסה קבוצתית, הבגיר בזכותו צורף הקטין לפוליסה יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של הקטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל".

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

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

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב 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 שיופק 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
_____	_____	_____	_____
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/הח"מ _____ שם בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק מספר חזות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נחתם/ים לזכר זה הוראה לחייב את חשבון/נו הל"ל בספריכם, בגין ביטוחי חיים, בסמסים 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 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. נהיה רשאים לבטל חיוב מסויים ומלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדיכו "עשה בערך יום מתן הודעת הביטול".

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

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/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 מפעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/י מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה 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 מפי/מאתנו.

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

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

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קובלנו הוראות מ- _____, שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבון/נום בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על ידי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על ידיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מפעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראה ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתייחסותנו כלפיהם, לפי כתב השיפוי שחתם על ידיכם.

תאריך בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחתימת