



טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מטריקס ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה – כולל הצהרת בריאות

הגני 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:

- ☐ מבטחים קיימים (עובדי קבלן ובני משפחותיהם) המעוניינים להמשיך את הביטוח הקבוצתי ולהצטרף לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה של עובדי קבלן קיימים או עובדי קבלן חדשים (בני/ות זוג וילדים) שמעוניינים להצטרף לביטוח לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה חדשים של עובדי קבלן (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור, לידה/אימוץ) המצטרפים לתכנית הביטוח לאחר 180 יום מיום הצטרפותם למשפחה.
☐ עובדי קבלן חדשים רשאים להצטרף לרובד המורחב לאחר 120 הימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם

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											
שם עובד/ת קבלן	ס"ב	מספר זהות				שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין		
עובד/ת קבלן									זכר ☐ נקבה ☐		
בן/בת זוג									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 1									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 2									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 3									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 4									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 5									זכר ☐ נקבה ☐		
ילד 6									זכר ☐ נקבה ☐		

עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם רופא מטפל	
עובד/ת קבלן							
בן/בת זוג							
ילדים							
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
חובה מגיל 18		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		עובד/ת		@			
		בן/בת זוג		@			
		ילד בוגר (מעל גיל 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)								
תיאור	עובד/ת קבלן	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6
רובד בסיס	מבוטח במימון מעסיק							
רובד הרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון								
רובד הרחבה במסלול ניתוחים לבעלי שב"ן (משלים שב"ן)								

שאלון בריאות

יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14		עובד/ת קבלן	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	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 אושפזת/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?									
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: _____				
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: _____				

(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 מסמכי 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 מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

להלן העלויות החודשיות של פוליסת הבריאות:

רובד בסיס: השתלוח, 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/1/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 חנינם. (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) יתור 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 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 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):** _____

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/אנחנו מאשרים/אנחנו מסכימים בזה כי קיבולת או דחיית הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים 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 שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- ז. **קבלת מידע מהותי -**

הריני מצהיר 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 הביטוח 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 אודותי/עודד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפיקוח 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 שהדין 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 פניה 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 לקבל 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 צרכיו 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 קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז 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. לידעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז 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

סופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	לאומי ויזה	ישראכרט	אמריקן אקספרס	דינרס
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 למופיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר, כתלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דויקס 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 בסמ"מ הבנק _____ מספר זיהוי/ח"מ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נוותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/ההיל בספיקה, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעט, 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. נודה רשאים לבטל חיוב מסויים ומבדד, שהודעה על כך תימסר על ידינו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדיכוי "עשה בערך יום מתן הודעת הביטול".

3. ידוע לנו כי הפרטים שצויים בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלנו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח 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/לן מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע 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.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

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

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 6817

קיבלנו הוראות מ- _____ שיופיעו באמצעי מונטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/גם 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 בעל/ החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבותם כלפיהם, לפי כתב השימי שחתם על ידיכם.

תאריך _____ **בנק** _____ **סניף** _____

אישור הבנק - חתימת וחומת