

**טופס הצטרפות מקוצר לביטוחי בריאות סיעוד ומחלות קשות עד 30/6/2012**

שם הסוכנות/ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' סוכן: \_\_\_\_\_ תאריך מוצע להתחלת ביטוח : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 01 /

**פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות										מין		תאריך לידה		גובה	משקל		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	נ	ז	נ	ז				

**פרטי המועמדים לביטוח**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות										מין		תאריך לידה		גובה	משקל		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	נ	ז	נ	ז				

מועמד ראשון	מקצוע	עיסוק בפועל	תחביב	מועמד שני	מקצוע	עיסוק בפועל	תחביב	מעשן: סיגריות / אחר כמה ביום		מעשן: סיגריות / אחר כמה ביום	
								כן	לא	כן	לא

**טלפון נייד**

**טלפון**

**כתובת**

**סוג התוכנית: סמן X בתוכנית הרצויה המתאימה למועמד לביטוח המבוקש:**

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בריאות מושלמת טופ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בריאות מושלמת טופ לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אופק רחב <input type="checkbox"/> נספח ניתוחים בחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כמו גדולים טופ <input type="checkbox"/> כמו גדולים 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ביטול חריג תאונות עבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בריאות <input type="checkbox"/> בריאות טופ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בריאות מושלמת פלוס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> רפואה מונעת <input type="checkbox"/> רפואה מונעת טופ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מחלקה ראשונה <input type="checkbox"/> מחלקה ראשונה טופ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> קרן אור טופ (אנא ציין את סכום הביטוח)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> קרן לחיים (אנא ציין את סכום הביטוח)

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	פרטי הכיסוי היסודי "הבטחה לעתיד" (אנא ציין את סכום הפיצוי הנדרש)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרמיה קבועה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרמיה משתנה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תקופת הפיצוי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תקופת המתנה (בימים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הבטחה לעתיד משלים - סכום פיצוי *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תקופת המתנה (בחודשים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תוספת שיקום 10,000-50,000 פרמיה קבועה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תוספת שיקום 10,000-50,000 פרמיה משתנה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תוספת שיקום "הרכשים" הבטחה לעתיד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משלים ("תק" המתנה לבחירה

\* פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת החולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (בדרך כלל 3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק תגמולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא סיעודי.

**1. אישור המועמד לביטוח הרוכש תוכנית בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות או ללא ברות.**

הכיסוי בגין ניתוחים ע"פ פוליסת בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן ( שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) כלומר, "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתיקרה הקבועה בפוליסה. **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 תוכנית זו** נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים ( בריאות מושלמת TOP), תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן. **מבוטחים שרכשו תוכנית ביטוח מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח** יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא (בריאות מושלמת TOP) תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

**2. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית**

לכבוד \_\_\_\_\_, א.ג.נ.,

אני הח"מ, נותן רשות לקופ"ח או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשטרה, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית למסור ל"מנורה מבטחים", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים המזכרים לעיל. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשון לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד שני לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה כי התשובות לשאלות בטופס זה הן כפי שנמסרו אישית ע"י המועמד לביטוח  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם העד: \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

**הצהרה על מצב בריאות של המועמדים לביטוח:**

**ילדים עד גיל 18 - שמות**

מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p><b>שאלון כללי</b></p> <p>1. האם הנך סובל ממום מולד כלשהו ו/או האם יש לך נכות כל שהיא או שהינך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות / אי כושר עבודה</p> <p>2. האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות: צינטור, מיפוי, אקו לב, C.T, MRI, ביופסיה, בדיקות גיליוי גידול ממאיר, או בדיקה מיוחדת אחרת, (אם כן, אנא פרט את סוג הבדיקה ותוצאותיה)</p> <p>3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב- 5 השנים האחרונות (אם כן, פרט את סוג הניתוח ומתי בוצע / יתבצע).</p> <p>4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו? (אם כן פרט)</p>									
<p><b>שאלות על מחלות</b></p> <p>האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי</p> <p>1. מחלות במערכת העצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה, אירוע מוחי</p> <p>2. ראות ו/או דרכי נשימה</p> <p>3. הפרעות בספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, מחלות זיהומיות, מין, איידס</p> <p>4. לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם</p> <p>5. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת</p> <p>6. כליות ו/או דרכי שתן</p> <p>7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FMF, הפרעות מטבוליות והורמונאליות אחרות</p> <p>8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימוטרפיה או הקרנות (אם כן - פרט)</p> <p>9. בעיות גניקולוגיות (לנשים)</p> <p>10. הפרעות בערמונית, אשכים (לגברים)</p> <p>11. בעיות עור</p> <p>12. עיניים, אוזניים אף, גרון, לוע, סינוסים</p> <p>13. גב ועמוד שדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת חיבור</p> <p>14. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (אם כן פרט)(ילדים)</p>									
<p><b>לרוכשים ביטוח סיעודי:</b></p> <p>1. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום לשכב, ללכת, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, או הינך משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטר, מקל הליכה, כסא גלגלים, חגורות רפואיות מכל סוג שהוא?</p> <p>2. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רכיפה, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צל)</p> <p>3. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?</p>									

**אם התשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, פרט/י בטבלה ופנה/י לסוכן הביטוח לצורך מילוי שאלון בהתאם.**

פרטים על המחלה / הפרעה (מתי ארע המקרה, טיפול, מצב כיום וכו'..)

שם המועמד/ת לביטוח	

**3. שאלון החלפה בעת החלפה / שינוי פוליסה (אנא סמן X במקום המתאים)**

שאלות	מועמד ראשון	מועמד שני
האם יש בידוך פוליסות בריאות בתוקף? אם כן אנא ציין את שם החברה: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
<b>אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:</b>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
א. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה זו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.  
**חתימת מועמד ראשון לביטוח: X** / **חתימת מועמד שני לביטוח: X**

**4. הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:**

- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת בריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, ישמשו בסיס לחוזה ביטוח ביני/נו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/אנחנו ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת/נו זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ידוע לי/נו שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת ביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני / נו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישירן 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 במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישירן או בעקיפין ממקרה ביטוח שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
- הריני מצהיר כי עייתי במדריך המוצרים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.
- כל ההצהרות הנוגעות ללידי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח בע"מ וכל מידע נוסף הנוגע לי שיגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל ע"י מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין ידי 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 אותם חברות לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה ע"פ דין. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי ע"י מנורה מבטחים ביטוח או ע"י חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים" לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.  איני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל.
- אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק 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, להיחשף לאחרים. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסימת הגישה למידע באמצעות האינטרנט. ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סטירה בין המידע שיימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.
- ברוכים ביטוח סיעודי: הנני מאשר כי הובא לידיעתי דבר קיומו של המדריך לקונה ביטוח סיעודי ונמסר לי כי אוכל לקבלו כחוברת מודפסת עפ"י דרישתי

**חתימת המועמד לביטוח על הפוליסה: X** / **חתימת מועמד ראשון: X** / **חתימת מועמד שני: X** / **תאריך: \_\_\_\_\_**

**5. למילוי עבור מוות כתוצאה מניתוח**

מינוי מוטבים במוטב המבוטח	שם מלא	מספר זהות/דרכון/נ.פ.	יחס קרבה	תאריך לידה/ תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	

**6. מינוי סוכן**

לפי חוק חוזה ביטוח התשמ"א 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:  
**נוסח המינוי** - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981 - אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המו"מ לקראת כריתתו של חוזה הביטוח עם חברתכם.

**חתימת המועמד לביטוח על הפוליסה: X** / **חתימת מועמד ראשון: X** / **חתימת מועמד שני: X** / **תאריך: \_\_\_\_\_**

**7. הצהרת הסוכן**

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח. אני מצהיר/ה כי הבאתי לידיעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.

**תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מספר הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: X**

**8. פרטי כרטיס אשראי**

<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
<input type="checkbox"/> דיינרס			

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר תשלומים 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 שיופנק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

בתוקף עד \_\_\_\_\_ / **חתימת בעל כרטיס האשראי: X** / **תאריך: \_\_\_\_\_**