

**הצעה לביטוח בריאות**  
**Top Basic**

מעודכן לתאריך 02 / 2013

חותמת תאריך קבלה בחברה

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

**במקרה של מכירה טלפונית עם הקלטה, נא מלא/י את הפרטים הבאים:**

תאריך	שעה	מס' טלפון ממנו התקשרת	שלוחה	מס' טלפון של מקבל השיחה
-------	-----	-----------------------	-------	-------------------------

מספר תיק

מספר פוליסה

שם בעל הרשיון

מספר בעל הרשיון

**3270**

**א פרטי המועמדים לביטוח**

משקל	גובה	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מועמד ראש/ בעל הפוליסה
		גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/>	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					
		גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/>	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					מועמד שני
גובה ומשקל לילדים מעל גיל 14			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד 1
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד 2
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד 3
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד 4
כתובת מגורים		רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	נייד
מועמד ראשי		עיסוק	דוא"ל	מועמד שני	עיסוק	דוא"ל		
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך?		מועמד ראשי		מועמד שני		ילדים		תאריך מוצע להתחלת הביטוח
לא <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתוכנית <input type="radio"/>		לא <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתוכנית <input type="radio"/>		לא <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתוכנית <input type="radio"/>		לא <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתוכנית <input type="radio"/>		01   20   13

**ב מיני מוטבים למקרה מוות (כתוצאה מניתוח) בתוכנית Top Basic**

מועמד ראשי	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
						1 0 2 0	
						1 0 2 0	100%
מועמד שני						1 0 2 0	
						1 0 2 0	100%

**ג תכנית ביטוח בריאות - יסודיות**

Top Basic השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550), תרופות מיוחדות (552), ניתוחים בחו"ל (551)

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ד כיסויים נוספים**

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	* חבילת Top 360			הרחבות עיקריות	
						אבחון מהיר	פאנל מומחים	פסיכו ליווי סוציאלי	שירותים רפואיים נוספים ניתן להוסיף על Top Basic	אבחון מהיר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* נמכר כיסודי וכריזר

\_\_\_\_\_



020200101

\_\_\_\_\_

**ה שאלון החלפה/שניו בפוליסה**

על מנת לברר אם בכוננתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנוסף לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המוקדמות שלהלן:

מועמד ראשי		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p><b>האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?</b></p> <p>במקרה והתשובה היא כן, כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:</p> <p>1. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא/סיטימו בכל דרך אחרת?</p> <p>2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויי הביטוחים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?</p>											
<p><b>תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה</b></p> <p>תאריך: _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח / בעל הפוליסה: _____ X חתימת המועמד השני לביטוח: _____ X</p>											

**1 יותר על סודיות רפואית**

אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס הטבעי שלהם, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור **למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מנורה מבטחים פנסיה בע"מ**, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש 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 ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כניל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב יותר זה מחייב אותי, את עובדיו ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב יותר זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

תאריך: \_\_\_\_\_ / / 2013 חתימת המועמד הראשי לביטוח / בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_ X חתימת המועמד השני לביטוח: \_\_\_\_\_ X

**2 הצהרת אי עישון/עישון**

מועמד ראשי	מועמד שני
<p><input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p><b>האם עישנת בעבר?</b></p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</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 <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p><b>האם עישנת בעבר?</b></p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____</p>

ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפגוע את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ממשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק, לסמן ✓ במשבצת המתאימה.

**ה שאלון בריאות**

מועמד ראשי		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p><b>שאלות על מחלות מועמד ראשון, מועמד שני, וילדים עד 18, יש לציין שם כל ילד</b></p> <p>1. האם אתה סובל או סבלת בעבר, או עובר כעת אבחון או טיפול בקשר לאחת או יותר מהמחלות הבאות: מחלה ממארת (סרטן), מחלת לב וכלי דם, מחלת דם, אלצהיימר או ירידה בזיכרון, פרקינסון או רעד, סוכרת, הפרעות קשב וריכוז, דלקת פרקים או שגרון ראומוטיים, מחלות כבד, מחלות כליות?</p> <p>2. האם אתה מקבל כעת, או קיבלת במהלך השנה האחרונה, תרופות מרשם או כל סוג אחר של טיפול רפואי ו/או האם קבלת המלצה מרופא בדבר הצורך בנטילת תרופות או בטיפול במצב רפואי כלשהו (לרבות מחלות שלא הוזכרו בשאלה 1 לעיל)? למטרת שאלה זו, אין צורך להצהיר על טיפול בבעיות מינוריות שבדרך כלל נמשכות לתקופה קצרה בלבד ושצפויה החלמה מלאה מהן, או תרופות לטיפול בלחץ דם גבוה, או כולסטרול גבוה, או שומנים בדם, או תת פעילות בבלוטות התריס או טיפול באמצעות תרופות מדללות דם.</p> <p>3. האם קבלת יעוץ רפואי לעבור תהליך של השתלת איבר או טיפול רפואי בחו"ל, בין באותה עת ובין בעתיד?</p>											

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט \_\_\_\_\_

**ט מינוי בעל הרשיון כשלוחו של המועמד לביטוח**

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב בעל הרשיון כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי בעל הרשיון הביטוח שלך כשלוחך, תתן על הנוסח שלהלן:

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

תאריך: \_\_\_\_\_ / / 2013 חתימת המועמד לביטוח על הפוליסה: \_\_\_\_\_ X חתימת המועמד הראשי לביטוח: \_\_\_\_\_ X חתימת המועמד השני לביטוח: \_\_\_\_\_ X

**י הצהרת בעל הרשיון**

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח.

1. אני מצהיר בזה כי המבוטח  לא הצטרף באמצעות הטלפון  הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי הבאתי לידעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.

2. למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:  כן  לא

תאריך: \_\_\_\_\_ / / 2013 שם בעל הרשיון: \_\_\_\_\_ מספר בעל הרשיון: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרשיון: \_\_\_\_\_ X



020200201

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
- ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות נכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה שימשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/אנחנו ומסכים/מסכים בזה כי קבולה או דחייתה של הצעתנו זו נתון לשיקול דעתה הביטוחי של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.
- ד. ידוע לי/נו שחובה ומאשר כי יתקופת קבלת האחר 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 בדקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- ה. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה.
- ו. אני/אנחנו מסכים/מסכים כי המידע "ימסר לצורך עינון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- ז. 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 (היינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ח. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ט. הריני מצהיר כי ענייני במדרג המוצרים בפרק הרלוונטי.
- ת. כל ההצהרות הנוגעות ללידיו/הקטנים ומסורות על ידיו/הן כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.

אני מסכים ומאשר כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ תאר רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שלי ולהעבירם לחברות קשורות לה ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ (להלן ביחד "קבוצת מנורה") למטרות המנויות להלן, המידע הנמסר על ידי ומידע נוסף אודותי המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי מידע ממוחשבים של הקבוצה עבור שימוש לכל עניין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי ושירותי חברות הקבוצה, לרבות לצורך ניהול ויעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש סטרטגיה אלו על ידי חברות הקבוצה או מי מטעמן בכפוף להוראות כל דין. אני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהיינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות לסיפקתי לעיל ויפנו אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן/או שירותיהן באמצעות דואר אלקטרוני, פקס/טלפון, ו/או שירותיהן, לרבות באמתנות דואר אלקטרוני, פקס/טלפון, מערכת חיוב אוטומטי ומסרונים (SMS), וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. \*\*

במקרה לאמור לעיל בנוגע לשמירת הנתונים אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הנני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהיינה רשאיות לפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן/או שירותיהן, לרבות באמתנות דואר אלקטרוני, פקס/טלפון, מערכת חיוב אוטומטי ומסרונים (SMS), וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. \*\*

\*\* החתימה על טעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

תאריך / 2013 / על המועמד לבעלות על הפוליסה  חתימת המועמד הראשי לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ יעשה שימוש בפרטי ההתקשרות שלי להעבירם לחברות קשורות לה ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשיף לאחרים. אני מבקש 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 תטירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך / 2013 / על המועמד לבעלות על הפוליסה  חתימת המועמד הראשי לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

הצהרת בעל הרשיון בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית

אני בעל הרשיון \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

(להלן - "המועמד לביטוח") בישהה טלפונית שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_, ומילאתי בעבורו ובשמו את ההצעה לביטוח, הקראתי לו את כל השאלות, ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל הרשיון \_\_\_\_\_ מספר בעל הרשיון \_\_\_\_\_ חתימה

פרטי הפוליסה

אופן התשלום  הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע)  באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)  באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' \_\_\_\_\_

תדירות התשלום  חודשית  חצי שנתי  רבע שנתי  שנתי

תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

1. אני/אנחנו \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות / ח"פ \_\_\_\_\_

מכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

נותנים/ים לכך בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוח חיים, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-ידי הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאים/ל בטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאים/ל בטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שזיפנו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-ידי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מגיעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון פן ההסדר. אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס  לאומי יזיה  ישראכרט  אמריקן אקספרס  ויזה קאל  דינרס

שם בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ מספר כרטיס האשראי \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מספר בית \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

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 שיופגש ושם מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך / 2013 / חתימת בעל כרטיס האשראי