



020200101

## הצעה לביטוח תאונות TOP פוליסת תאונות אישיות

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מלים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד.

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

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

### א פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	שם פרטי	שם פרטי
מועמד ראשי				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/>	ילדים <input type="checkbox"/>
מועמד שני				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/>	ילדים <input type="checkbox"/>
ילד 1				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
ילד 2				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
ילד 3				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
ילד 4				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
מועמד ראשי	עיסוק	דוא"ל	מועמד שני	עיסוק	דוא"ל	נייד

### ב מינוי מוטבים למקרה מוות

שם מלא	ת.ז./זכרון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין
מועמד ראשי					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
מועמד שני					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>

### ג פרטי הפוליסה

תאריך מוצע להתחלת הביטוח	אופן התשלום	הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) <input type="checkbox"/>	באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") <input type="checkbox"/>
01   20	תדירות התשלום	באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ <input type="checkbox"/>	באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי) <input type="checkbox"/>
		חודשית <input type="checkbox"/>	רבע שנתית <input type="checkbox"/> חצי שנתית <input type="checkbox"/> שנתית <input type="checkbox"/>

### ד תוכנית הביטוח ניתן לבחור חבילה אחת בלבד לכל מבטוח.

אנא סמן את החבילה המבוקשת ב-

סכום הביטוח בש"ח הכיסוי	חבילה 1 (למועמד שני בלבד)	חבילה 2	חבילה 3	חבילה 4	חבילה 5	חבילה 6	מועמד ראשי
מוות מתאונה	50,000	75,000	100,000	200,000	300,000	400,000	<input type="checkbox"/>
נכות מתאונה	50,000	75,000	100,000	200,000	300,000	400,000	<input type="checkbox"/>
שברים מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000	<input type="checkbox"/>
כוויות מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000	<input type="checkbox"/>
פיצוי יומי בגין אשפוז מתאונה	100	150	200	400	600	800	<input type="checkbox"/>
פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000	<input type="checkbox"/>
מועמד ראשי							מועמד ראשי <input type="checkbox"/>
מועמד שני							מועמד שני <input type="checkbox"/>
ילד 1							ילד 1 <input type="checkbox"/>
ילד 2							ילד 2 <input type="checkbox"/>
ילד 3							ילד 3 <input type="checkbox"/>
ילד 4							ילד 4 <input type="checkbox"/>

\* ילד עד גיל 20 יוכל להצטרף לפוליסה המשפחתית בלבד. \* ניתן לרכוש גם לילד.

### ה מינוי הסוכן כשולחו של המועמד לביטוח

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשולחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולחך, חתום על הנוסח שלהלן:	חתימת המועמד <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד הראשי לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>
נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שליחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.	חתימת המועמד <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד הראשי לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת המועמד על הפוליסה	חתימת המועמד הראשי לביטוח על הפוליסה

01.12.11

## הצעה לביטוח

1

## בחירת התוכנית והצהרות המועמדים לביטוח

2

## הצהרות המועמדים לביטוח

3

**2 הצהרת הסוכן**

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח.  
אני מצהיר/ה בזה כי המבוטח  לא הצטרף באמצעות הטלפון  הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר/ה בזה כי הבאתי לידיעת המבוטח את ההצהרות הרשומות להלן.

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

**3 יותר על סודיות רפואית**

הנני מצהיר/ה כי תשובותיי לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביוזעתי או באוונה מקנות ל"חברה" את הזכות לבטל את הביטוח ונמ לא לשלם את סכום הביטוח.  
הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסות ביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסות, הקשורים אליהן. הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

לכבוד \_\_\_\_\_ א.ג.ג. \_\_\_\_\_  
אני ה"מ מותר בזאת על סודיות רפואית/שיקומית/סוציאלית/פסיכיאטרית/ כלפי המבקשים ונותן בזה רשות לקופ"ח, בתי חולים, מכון מור, למסד לביטוח לאומי לגבי כל מידע הקיים מכל המחלקות במל"ל (לרבות פרוט תשלומי מהמל"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 נגימ"ל ו/או עיריות/רשויות רווחה ולכל עובד או רופא או מוסד רפואי, מכון בדיקות רפואי וכל רופא ו/או עובד אחר שטיפל בי או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאות/סוציאלי/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/סוציאלי/סיעודי ונפשי.  
אני מתיי לכל חברת ביטוח אחרת (לרבות אבנר 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 מתיי 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 1981, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/ארגונים המצוינים להלן.  
הבקשה לקבלת מידע תישע ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.  
ותור זה מחייב אותי, את עובדי את, באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתורי זה יחול גם על ילדי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.

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

**4 הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמד/ים 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 וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענייני זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/בינינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/נו זו נתון לשיקול דעתה הבילעדי של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין.
- ד. ידוע לי/נו שחובה הביטוח ייכנס 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, ממעמד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה 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. אני/נו 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.
- ו. 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 בכלל הרכיב של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ז. הריני מצהיר כי עיינתי במדרג המוצרים הפרק הרלוונטי.
- ח. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוסים/טבעיים שלהם.
- ט. אני מצהיר/ה בזה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוגחת 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.
- י. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.
- יא. אינני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ חותמת וחתימת המועמד לבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ X חתימת המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_ X

**5 הצהרת הסוכן בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית**

**הצהרה עליה יודעם כל סוכן בעת מילוי הצעת הביטוח דרך הטלפון**

- א. אני הסוכן (שם פרטי+שם משפחה), \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
מצהיר/ה כי דיברתי עם המועמד/ים לביטוח ששמו/ם \_\_\_\_\_ מספר זהות/ם \_\_\_\_\_ מילאתי בעבור/ם ובשמו/ם את ההצעה לביטוח וכי כל הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח ניתנו לי ישירות על-ידי ובהסכמתו המלאה.
- ב. אני מצהיר כי פרטיי בפני המועמד/ים לביטוח את סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות החריגים והסייגים המהותיים הכלולים בו, וכן אמרתי לו/להם (במקרה של ביטוח בריאות) את כללי הגילוי הנאות שנקבעו על-ידי המפקח על הביטוח.
- ג. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הצהירו/ו בפניי שכל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
- ד. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הסכימו/ו לכך שכל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענייני זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/בינינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ה. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח מאשר/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/תם זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין.
- ו. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח שחזה הביטוח ייכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד/ים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המועמד/ים לביטוח, ממעמד חתימתו/ם על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר/ו ועד למועד האישור בכתב על קבלתו/ם לביטוח.
- ז. אני מצהיר כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתו/ם של המועמד/ים לביטוח. הודעתי למועמד/ים לביטוח כי מטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה, אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הסכימו/ו לכך שהמידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף



020200201

להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.  
 ח. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח כי בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשמ"ד-2004, הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנה במועד/ים לביטוח לפני מועד הצטרפותו/ם לביטוח, ואשר אירע למועמד/ים לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.  
 ט. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח, שכל ההצהרות שנוגעות לילדיו/הם הקטנים נמסרו על ידי/הם כאוטו-רפורט טבעי שלהם.  
 י. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעת המועמד/ים והוא/הם מסכימים/ים לכך, שהפרטים שנמסרו למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לו/להם שייך לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת 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, כמו כן הובא לידיעתו/ם והוא/הם מסכימים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימו/ם 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.  
 יא. המועמד/ים לביטוח מבקשים/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לו/להם שירותי מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, והוא/הם מודעים/ים לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלו/הם, להחשף לאחרים. המועמד/ים מבקשים/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובת/ם את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, הובא לידיעתו/ם 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 \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 הסוכן \_\_\_\_\_ הסוכן \_\_\_\_\_

**י א שאלון החלפה בעת החלפה / שינוי בפוליסה** לכל שאלה סמן ✓ במקום המתאים

האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? אם כן, אנא ציין את שם החברה: \_\_\_\_\_

**אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:**

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?  
 ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה זו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית. בסכומי הביטוח או בפרמיה?  
**תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.**

חתימת מועמד ראשון לביטוח: X \_\_\_\_\_  
 חתימת מועמד שני לביטוח: X \_\_\_\_\_

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

- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצינו בכתב הרשאה ומילויים, הם נכונים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא לי/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון X \_\_\_\_\_

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

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ישראכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
שם בעל כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דינרס		מספר זהות	
רחוב				מספר בית	מיקוד

שובר זה נחתם על-ידי בלי נקוב 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 שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

חתימת בעל כרטיס האשראי X \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_