



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מס' פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצעה לביטוח פרט חבילת - "מגדל עתיד לילד"

טופס מספר 179

א. פרטי המועמד לביטוח לפי הפוליסה ("המבוטח"/"בעל הפוליסה")					
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס'	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סלולרי
דואר אלקטרוני	מקצוע	עיסוק			
הרגלי עישון			עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מתאים)		
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____					

הצהרת המבוטח לפי חוק איסור הלבנת הון

אני _____ ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין אני נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (למעט זכויות הנובעות מזקיפת הטבת המס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר. ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.

תאריך לידה _____ תאריך _____

חתימת המועמד לביטוח ★

ב. תקופת הביטוח של החיסכון, תוכניות הביטוח, דמי הביטוח ואופן תשלומם

תאריך תחילת הביטוח: _____ תום תקופת הביטוח: _____ בשנים, או הביטוח עד גיל _____

מועדי ואופן התשלום: חודשי (באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי)

דמי ביטוח התחלתיים לפוליסת הביטוח מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות: _____ ש"ח (דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן)

ג. פירוט כיסויים נוספים הכלולים בתכנית הביטוח

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה סכום הביטוח (כולל צבירת החיסכון): _____ ש"ח (סכום מקסימלי לרכישה עד 500,000 ש"ח)

שחרור* - שחרור מתשלום פרמיות במקרה של איבוד מוחלט של כושר העבודה (3 חודשי המתנה)

* הכיסוי "שחרור" יהיה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67, לפי המוקדם מביניהם.

ד. מסלולי השקעה לפוליסת מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התוכנית המפורטת להלן ונקבעו תנאים למסלולי ההשקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול. ניתן לבחור עד ארבעה מסלולים בסה"כ. בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון בכל אחת מהתכניות האמורות במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים קבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירת:

פוליסת מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט					
קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מסלול ההשקעה הנבחר	קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מסלול ההשקעה הנבחר
198	מניות	<input type="checkbox"/>	192	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>
199	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	193	אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>
190	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	194	אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>
191	אג"ח ופקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	195	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>
	מסלול השקעה "מעגל החיים"	<input type="checkbox"/>	196	כללי 2	<input type="checkbox"/>
			197	כללי 3	<input type="checkbox"/>



0111517901040210

ה. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

בחיי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במקרה פטירה במהלך תקופת הביטוח כפי המצוין להלן:

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

ו. חבילת בריאות לילד כוללת את הכיסויים הבאים:

הפוליסה תופק כפוליסה נפרדת, בתשלום דמי ביטוח נוספים על דמי הביטוח שנקבעו בסעיף ב' לעיל.
 ביטוח ניתוח עולמי נספח לטיפולים מחליפי ניתוח נספח ביטוח תרופות מיוחדות נספח ביטוח השתלות מורחב

פרטי הילד המועמד לביטוח: (ילד יכול להצטרף עד גיל 18 ותקופת הביטוח - עד הגיע הילד לגיל 25)

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

החברה מסבה את תשומת לבם של בעל הפוליסה והמועמד לביטוח, כי למועמד לביטוח שהינו חבר בתוכנית שבין קיימת אפשרות לרכוש ביטוח ניתוח משלים לשבין, כאשר הכיסוי הניתן לפיו מתחשב בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השבין לביצוע ניתוחים פרטיים.

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השבין (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשבין וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השבין וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשבין).
- במקרה שהמבוטח רכש בעת ההצטרפות לביטוח "הרחבה לנספח ביטוח לחברי השבין" - בעת סיום החברות בתוכנית השבין, יהיה זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השבין או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ז. הצהרת בריאות (תחול על כל אחד מהמבוטחים בנפרד)

ילד	הורה	שאלה
לא רלוונטי	ס"מ	גובה
	ק"ג	משקל
	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם במקצוע/עיסוקך תחביבך או אורח חייך סיכון מיוחד?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם אתה צורך או צרכת בעבר סמים או אלכוהול?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם אתה מעשן? (אם לא: לא עישנתי ב-5 השנים האחרונות)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם יש לך נכות כלשהי?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה או הנך מועמד לניתוח?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. האם אתה מקבלת/ווא קיבלת תרופות כלשהן באופן קבוע?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם סבלת בעבר או הינך סובלת היום: מחלות לב, סרטן, סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות במערכות הכליות והשתן, במערכת העיכול ובכבד, מחלות מערכת העצבים, ריאות, שלד, פרקים, שרירים, כאבי גב, מחלת איידס ונוגדני איידס?

אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 1-6 היא "כן", נא פרט ורשום את מספר השאלה שביניה הפירוט:

שאלה מספר	המחלה/הפרעה/ הבדיקה/הפציעה/הנכות	מתי החלה (חודש ושנה)	מתי הסתיימה (חודש ושנה)	האם החלמת/ האם ממצאי הבדיקה תקינים	איזה טיפול קיבלת (ומתי (חודש ושנה)	האם היית מאושפז (ומתי (חודש ושנה)

תאריך	שם מבוטח ראשי/ מצהיר *	חתימת מבוטח ראשי/ מצהיר *
-------	------------------------	---------------------------

יותר על סודיות רפואית: אני /ו הח"מ, בשמינו ובשם ילדינו, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאוטורופוסית/טבעית/שלהם, נותנים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ, ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שלא תיגדל על ע"י "המבקש" על מצב בריאותינו ו/או על כל מחלה שחליתינו בה בעבר ו/או שהגנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנינו/משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותינו ו/או מחלותינו/כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לינו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב יותר זה מחייב אותנו, את עזבוני ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו, וכן הננינו/מייפיה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעינינו חשוב בכל הנוגע לבריאותינו.

תאריך	שם מבוטח ראשי/ מצהיר *	חתימת מבוטח ראשי/ מצהיר *
-------	------------------------	---------------------------



0111517902040210

ח. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרו בהצהרה זו והנני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות: המועמד לביטוח מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שמסר, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח מתחייב כי אם יירשד לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבנה כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לו, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח והם משמשים בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות אחרות בקשר עם חוזה הביטוח. כמו כן, אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי מהנתונים שנמסרו לעיל ו/או שאמסור לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעה מגדל חברה לביטוח, לחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע הנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "חברה" וכן לסוכן ביטוח הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמוג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי הוראות הודעה זו.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חלופי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידיה מעת לעת, לרבות אלו שנרכשות על ידנו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלות מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

הצהרה בדבר קבלת ייעוץ השקעות: אני החתום מצהיר בזה כי ידוע לי שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לי, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך ליתן לי ייעוץ השקעות, ואני מאשר כי לא קיבלתי ממנו כל יעוץ כאמור. כן אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להיעוץ עם יועץ השקעות מטעמי, בדבר סוג ההשקעות וכדאיותן.

הצהרה לעניין נציג במקרה של ילד: אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח שהינו ילד וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זו מחייבת אותו לכל דבר ועניין, בכל מקום בטופס זו בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

ידוע לי כי כל בקשה לביטול או של שינוי הפוליסה יועברו על ידנו בכתב בלבד.

חתימת המועמד לביטוח

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

ט. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותי וכי מסרתי למועמד לביטוח את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי.

חתימת הסוכן

חתימת הסוכן

תאריך





טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר 5

לכבוד

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מס' פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

שם הבנק	מס' סניף	מס' בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מס' הבית	יישוב	מיקוד
---------	----------	---------	--------------------	----------	-------	-------

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה
		00602	

אני/הח"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מס' ת.ז. / ח.פ.	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד
-----------------	--------------------	---------	---------------------	---------	-------	-------

1. נתונים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסיפכם, בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות, ע"י **מגדל חברה לביטוח בע"מ**, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי:
 - א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול**מגדל חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - ב. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/הן.

<input type="text"/>	חתימת בעלי החשבון ★
<input type="text"/>	תאריך

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 20310 ת"א 61202**

קיבלנו הוראות מ- , לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית ו/או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף	בנק		
				00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף			

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלואה)

בעל כרטיס אשראי:			אני מר/גברתי:		
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	בתוקף עד

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם האיל וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הגני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

<input type="text"/>	חתימת בעלי החשבון ★
<input type="text"/>	תאריך



011200504040210

עמוד מספר 4 מתוך 4 דפים

קוד מספר 112

תק"ט 421100212 (2/10)