

מס' קולקטיב	נכונים סוכנות לביטוח	תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה
שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום

טופס הכולל הצהרת בריאות - יש למלא את הצהרת הבריאות במקרים שלהלן:

- עובדים המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מתאריך תחילת עבודתם.
- בני משפחה המצטרפים לאחר 90 יום, מתאריך תחילת עבודתו של העובד.
- בני משפחה חדשים (בשלי: נישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 90 יום, מתאריך הצטרפותם למשפחה או מתאריך תחילת זכאותו של עובד חדש.

*צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לתכנית הביטוח בו מבטח העובד.

א. פרטי חברה/מועדון טוב						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	
				☐ ז ☐ נ		
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון בעבודה		
כתובת מגורים	קופת חולים	סוג שב"ן	מצב משפחתי			
דוא"ל	@					

☐ אניני מעוניין שתעדכנו את פרטי הכתובת, הנייד והדוא"ל שלי במאגר הכתובות שלכם על פי הרשום במסמך זה.
(לידיעתך, אם לא תסמן בחירה זו, פרטייך בפוליסות חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה).

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתומתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה יישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי - פרטי הקשר יישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך באיילון. חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך באיילון, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי שלך באתר החברה www.ayalon-ins.co.il.						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
בן/בת זוג				☐ ז ☐ נ		
ילד (עד גיל 25)				☐ ז ☐ נ		
2				☐ ז ☐ נ		
3				☐ ז ☐ נ		
4				☐ ז ☐ נ		
חתן / כלה				☐ ז ☐ נ		
נכד				☐ ז ☐ נ		
1				☐ ז ☐ נ		
2				☐ ז ☐ נ		
3				☐ ז ☐ נ		

כתובת מגורים						
מספר זהות	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
בן/בת זוג						
ילד מעל גיל 18						
כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים	בן/בת זוג	ילד מעל גיל 18	ילד מעל גיל 18	ילד מעל גיל 18		
	@	@	@	@		

ג. דמי הביטוח					
גיל המבוטח	רובד בסיס + הרחבה לבסיס (פרקים ד-ח*)	רובד רשות ראשון אופציה ראשונה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (1), י', יא)	רובד רשות ראשון אופציה שניה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (2), י', יא)	רובד רשות שני - שירותים אמבולטוריים (פרק יב)	רובד רשות שלישי - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק יג)
ילד עד גיל 20	20.80	10.73	15.49	22.35	3.44
חברים בגילים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	38.33 42.20	28.77	33.20	42.53	9.24
40 - 31 בן/בת זוג*:	38.33 42.20	28.77	33.20	42.53	9.24
50 - 41 בן/בת זוג*:	38.33 42.20	64.18	66.95	42.53	27.26
55 - 51 בן/בת זוג*:	48.11 52.92	90.74	100.15	42.53	72.88
60 - 56 בן/בת זוג*:	48.11 52.92	90.74	131.13	42.53	113.77
65 - 61 בן/בת זוג*:	48.11 52.92	90.74	158.25	42.53	145.76
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	48.11 52.92	143.97	209.15	42.53	183.68
הכיסוי ייסתיים בגיל 70					

*פרמיה בן/בת זוג: תוספת 10%. לפי מדד 13998 שפורסם בתאריך 15.5.2024.
מדד בסיס 12971 שפורסם בתאריך 15.5.2022.

ד. תוכניות הביטוח					
רובד בסיס + הרחבה	רובד רשות ראשון + הרחבה		רובד רשות שני	רובד רשות שלישי	
- השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל. - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה. - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות.	- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח. - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח. - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.	- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון". - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח. - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.	שירותים רפואיים אמבולטוריים	פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות נא סמן V במשבצת ולציין מספר מנות מבוקש.	
חברה/מועדון טוב	☐	☐	☐	☐	☐
בן/בת זוג	☐	☐	☐	☐	☐
ילד*	☐	☐	☐	☐	☐
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
חתן / כלה	☐	☐	☐	☐	☐
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
נכד*	☐	☐	☐	☐	☐
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐

* ילד / נכד - עד גיל 25

ה. הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים. יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

חברה/בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמות המועמדים									
גובה (בס"מ) _____ (מגיל 6 בלבד) _____									
משקל (בק"ג) _____									
1. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-3 השנים האחרונות? נא פרטי									
2. האם עברת השתלה או ידוע לך הצורך לעבור השתלה נא פרטי ?									
3. האם אושפזת ב-3 השנים האחרונות (למעט אשפוז לצורך הריון או לידה) או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי									
4. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, עקב מחלה או חשד למחלה שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)									
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: (סמן ב-X)									
1. מערכת העצבים (נירולוגיה) והמוח: מערכת העצבים O אירוע מוחי O אפילפסיה O טרשת נפוצה O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת O פרקינסון O רעד O האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות									
2. עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)									
3. מערכת לב וכלי דם: O לב O כלי דם O מחלת דם									
4. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 3 השנים האחרונות: O סוכרת מטופלת באינסולין									
5. מערכת הנשימה: O ריאות ודרכי הנשימה O אסטמה									
6. מערכת העיכול: O קיבה O מעיים ומרכת העיכול O ושת O כבד									
7. מערכת השתן: O כליות O דרכי השתן									
8. אורתופדיה ומערכת השלד: O גב ועמוד השדרה O ברכיים O מפרקים O									
9. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב-5 השנים האחרונות - אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג									
10. לנשים (מגיל 14 בלבד): O שדיים O מערכת גניקולוגית O בעיות פריון O האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מת? _____									
11. האם הנך מוגבלת/בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?									
12. האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים.									
13. נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות									

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אלינו אתה מתייחס)

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'

ו. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שהביטוח אינו מכסה תביעות בכפוף לסייג מצב רפואי קודם המפורט בפוליסה ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה), למעט מבטוחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף יינתן לכיסויים חופפים).

2. הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבטוח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעדי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה יחול על ידי הקטנים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתימתי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
חברה/מועמד טוב				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ז. אישור לפניות שיווקיות

אני מאשר/ת הסכמתי לקבל הודעות ופניות שיווקיות מאיילון חברה לביטוח בע"מ ומחברות נוספות מקבוצת איילון ביטוח ו/או מי מטעמן, אודות מוצרים ושירותים של חברות הקבוצה בתחום הביטוח, הפיננסים והחיסכון, לרבות בהודעות אלקטרוניות, מסרונים (כולל דואר אלקטרוני 'וואטסאפ' וכו'), מערכת חיוג אוטומטי ולרבות פניות באמצעי תקשורת אחר ככל שנדרשת הסכמה לכך על פי דין ידוע לי שאוכל לבטל את הסכמתי בכל עת, בהתאם להנחיות, כפי שתהיינה בכל הודעה או בהתאם למידע שמתפרסם באתר או באמצעות שליחת מייל לכתובת: marketing@ayalon-ins.co.il

☐ מאשר ☐ מסרב

שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה	חתימת ילד מעל גיל 18
---------------	-------	--------------	-------	----------------------

ח. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

ט. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.
רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.
אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב ידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת עובד/ת	חתימת בן/בת זוג
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם

י. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

סה"כ פרמיה	תאריך השיחה / מילוי הטופס	שם הנציג	שעת השיחה
------------	---------------------------	----------	-----------

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
מועדי הגבייה: בתשלום כרטיס אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, תשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.
לתשומת ליבך, במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש למלא לעיל סעיף "הצהרת משלם זר")

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי *		
אני מר/גב' _____ מספר זהות _____	כתובת _____	בעל כרטיס אשראי _____
שםספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
		☐ ויזה ☐ דינרס ☐ ישראלכארט ☐ אחר:
מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום, על מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק 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.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
6 3 9			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ			
אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד _____
בנק _____
סניף _____
("הבנק") _____

☒ **הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.**
או-
☐ **הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:**
☐ **תקרת סכום החיוב -** _____ ₪.
☐ **מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום** _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

- אני הח"מ** _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / ח"פ _____ ("הלקוחות")
מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- ידוע לנו כי:**
א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
ג. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
ד. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
ה. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
ו. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
ז. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.**

תאריך	חתימת הלקוחות

אישור הבנק

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
6 3 9			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף