

תאריך מבקש לתחילת הביטוח

יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שצוין בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה. תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח ע"י המבטח ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור חברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) ובני משפחותיהם ללא הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- חבר חדש ו/או בני משפחתו (בן זוג וילדים עד גיל 25) במהלך 120 הימים הראשונים ממועד תחילת העבודה.
- בן/בת זוג שנישאו לחבר - במהלך 120 הימים הראשונים ממועד הנישואין.
- תינוק שנולד לחבר- במהלך 120 הימים הראשונים ממועד הלידה.

*חבר/ בן משפחה אשר החל תהליך הצטרפות לביטוח במהלך תקופת הביטוח הקודמות ולא השלים את הליך הצירוף ו/או נדחה מהביטוח ו/או לא חתם על אישור תנאים כפי שנדרש, יוכל להגיש מועמדות לביטוח בכפוף למילוי טופס הכולל הצהרת בריאות וחיתום.

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____ מועד זכאות: _____ מס' עובד _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

השתלות ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוח ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן, שירותים אמבולטוריים.

פרטי המועמדים לביטוח

אני/אנו החתומים מטה, מועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או המועמדים לביטוח פונים אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס/החברה") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	מין	תאריך לידה	קופת חולים	שב"ן	חבילת כיסויים הכוללת פרק ניתוחים משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
חברה/			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25 *			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25 *			נ □ ז □			כן □ לא □	<input type="checkbox"/>

*קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינוך- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול.

ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
חברה/					
בן/ת זוג					
ילד בגיר- שם:					
ילד בגיר- שם:					
ילד בגיר- שם:					

***בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף**, ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר- תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך- ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ במידע האישי אשר ניתן להיכנס אליו דרך אתר החברה) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברה ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע.

ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות מהקבוצה (כהגדרתה להלן) ו/או אצל גורם אחר מטעמה ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, והכל לצורך השימושים הבאים, של מי מחברות הקבוצה: צרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים לרבות עיבוד המידע, צרכים שיווקיים, סטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיורר ישיר ושירותי דיורר ישיר, ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, בפניה בכתב, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה.

("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר).

חתימות	חברה/	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרות המועמד לביטוח

הצהרת המועמד לביטוח אשר מבקש להצטרף לתכנית ניתוחים בישראל

ככל שהמועמד לביטוח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדלקמן:

- ידוע לי שחברותי במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם על ההצהרה בשמם כאפוסטרופוס טבעי.
- גילוי נאות-למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן**
1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה 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, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
3. ברות ביטוח -בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מהשקל הראשון תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

ככל שהמועמד לביטוח מבקש להצטרף לכיסוי ניתוחים בישראל "שקל ראשון" הוא מצהיר כדלקמן:

1. הוסבר לי כי הפוליסה הבסיסית אינה כוללת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר, מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. הוצע לי תחילה לרכוש כיסוי משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח ורק לאחר מכן הוצע לי לרכוש אפשרות של ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.
 2. ידוע לי כי בהתאם להוראות הדין, במקרה בו אבחר לבצע ניתוח במסגרת תכנית השב"ן על ידי רופא שהינו בהסדר ניתוח עם הפניקס והנני זכאי לכיסוי הביטוחי בגין הניתוח בהתאם להוראות הפוליסה, הפניקס תשלם לקופת החולים את עלות הניתוח, למעט ההשתתפות העצמית.
- ידוע לי כי לצורך יישום הוראות אלו, רשות שוק ההון תפעיל ממשק מקוון ומאובטח בו קופות החולים והפניקס יעבירו ביניהם את המידע הנדרש ובכלל זה: פרטים מזהים אודותי, את מועד תחילת הביטוח בתכנית זו וכי ייתכן ותידרש למסור מידע נוסף במסגרת השגה והכל בכפוף וכפי שקבעו הוראות הדין.

הצהרות נוספות למועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזאת כדלקמן:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שכלל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוטרופוס טבעי. **ידוע לי כי כל האפוטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.**
6. **ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ולאו לעובדיה הרפואיים האחרים ולאו למוסדותיה הרפואיים ולאו לסניפיה ולאו לשלטונות זה"ל ולאו למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולאו לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמול בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, " על מצב בריאותי ולאו על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולאו שהנני חולה בה כעת ולאו שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ולאו כל עובד רפואי אחר ולאו מוסד ממוסדותיכם ולאו כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי" הפניקס "ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
7. **העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר:**
ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל "הר הביטוח".
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
8. **עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין:**
רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.
במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il ובמידע אישי.
- לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.**
9. **פרטי מוטבים** - ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
10. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת לצורך פרסום ודיוור שיווקי מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות של הצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים. וזאת בין היתר גם באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר.
ידוע לי שהסכמה זו ניתנת מרצוני ושכלל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה בכתב או בדרך שבה שוגר אליי דבר הפרסומת.

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח עבורי ו/או הפרמיה עבור בני משפחתי יהיה על חשבוני בגבייה אישית.

חתימות	חברה/ה	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דייןרס / אחר
מספר כרטיס:
תוקף הכרטיס עד:

שם בעלת הכרטיס
מס' זהות
חתימת בעלת הכרטיס

- הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון - תנאי הסדר תשלומים
1. בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספתיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבונוך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
2. אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
3. ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
4. החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכום הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום. בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך:
לכבוד
בנק
סניף
הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
תקרת סכום החיוב: ש"ח
מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום / /

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

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

חתימת הלקוחות/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן
תאריך
חתימת בעל/י החשבון

אישור הסוכן/ת

הנני מאשר/ת בזה כי ביום הופיע בפני הלקוח, אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' , ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

תאריך
שם הסוכן/ת
מס' הסוכן/ת
חתימה + חותמת סוכן/ות
*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

אישור הבנק

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ת.ד. 2533 תל אביב 61253
מספר חשבון בנק
קוד המוסד (המוטב)
שם המוסד (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/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 או אחרת לביצוען; כל 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 בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

חתימה וחותמת הבנק
מספר סניף
שם הבנק
תאריך