

תאריך: ____ / ____ / ____

הוראה לחיוב השבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד המוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
2	5	3	0 0
שם המוסד (המוטב):		מכבי שירותי בריאות	

לכבוד

בנק _____

סניף _____

("הבנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____

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

אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך

1. אנו הח"מ _____ מס' זהות / ח.פ. _____ (הלקוחות) שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

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)

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 מאיתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. 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.

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, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק על ידי המוטב.

חתימת הלקוחות _____

אנו מסכימים ומאשרים כי הוראה זו תשמש אתכם לצורך גביית כל התשלומים (לרבות היטלים, השתתפויות עצמיות) שנידרש לשלם כפועל יוצא מחברותנו בקרן מכבי ו/או משירותי שיוענקו לנו על-ידי מכבי, לרבות במסגרת תוכניות שירותי הבריאות הנוספים של מכבי, וכן עבור ביטוח סיעודי ועוד, וכי סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו מעת לעת על-ידי קרן מכבי ו/או מכבי על-פי תעריפי הגביה השונים, לרבות אלה הנהוגים במכבי ובתוכניות שירותי הבריאות הנוספים ובפוליסות ביטוח רלוונטיות, לרבות על ההשתתפויות וההיטלים בהם אנו חייבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כולל בעת ביקור אצל רופאים, מכונים ובגין תרופות) ועל פי פירוט הסכומים שתקבע מכבי, לרבות חיובים עבור בני משפחה/חברים נוספים לגביהם ניתנה הסכמתנו לשלם.