**טופס בחירת אמצעי תשלום**

|  |
| --- |
| **טופס זה ייחתם על ידי העובד/מגיש הדרישה** |

**פרטי צד ג' - פרטי העובד/מגיש הדרישה (חובה למילוי):**

שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בחירת אמצעי תשלום (נא סמן בחירתך):**

אם וככל שתאושר הדרישה שהגשתי, אבקש שהתשלום יבוצע לפי החלופה שבחרתי בהתאם לאחת מהאפשרויות הבאות:

* קבלת התשלום באמצעות העברה בנקאית (יש למלא **נספח א'**).
* קבלת התשלום באמצעי דיגיטאלי - אפליקציית BIT (עד 50,000 ₪ בלבד, יש למלא **נספח ב'**).

**דרכי משלוח הטופס (יש לשלוח באמצעות אחת מהאפשרויות הבאות):**

1. כתובת דואר אלקטרוני: [sherut@inbal.co.il](mailto:sherut@inbal.co.il).
2. בדואר ישראל: "בית ענבל", רח' הערבה 3, איירפורט סיטי ת.ד. 282,

נתב"ג 7015103.

1. פקס מספר: 03-9778100.

**יש להחזיר את הטופס מלא וחתום כתנאי לקבלת התשלום.**

אין בבחירת אמצעי התשלום ובמילוי טופס זה משום התחייבות של המדינה להכיר בחבות לאירוע ו/או בנזק הנטען ו/או בגובה התשלום ואין בכך כדי לפגוע או לגרוע מכל טענה של המדינה בעתיד.

**נספח א' - אמצעי תשלום העברה בנקאית**

**הצהרות העובד/מגיש הדרישה - סעיף חובה במידה ונבחר תשלום בהעברה בנקאית:**

מספר תעודת זהות/ח.פ של העובד/מגיש הדרישה:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**טופס הרשאה ובקשה להעברה בנקאית**

אני הח"מ, מבקש בזאת מענבל חברה לביטוח בע"מ, בתפקידה כמנהלת הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה, לשלם לי את הסכומים, אשר לטענתי מגיעים לי וככל שאהיה זכאי להם, בגין אירוע מיום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, באמצעות העברה בנקאית אל חשבון הבנק שלי שפרטיו להלן:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם בעל החשבון מס' ת.ז./ ח.פ מספר דרכון (במידה ואין ת"ז)

שם הבנק\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' בנק \_\_\_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_\_\_\_

מס' חשבון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ידוע לי שאין בבקשתי זו משום התחייבות של מדינת ישראל ו/או ענבל חברה לביטוח בע"מ להכיר בחבות ו/או בגובה הפיצוי הנתבע על ידי.**

**ההעברה הבנקאית תתבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי חברת ענבל.**

**אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:**

1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי ההעברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. ההעברה הבנקאית הנ"ל, אם וככל שתתבצע, הינה בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד. אישור הבנק על ביצוע ההפקדה לחשבון הבנק יהווה ראיה מחייבת לביצוע התשלום.
3. בחתימתי על מסמך זה, הנני מוותר על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק כלפי לקוחותיו לפי כל דין **בגין אימות פרטי חשבון הבנק שלי** לטובת תשלום כספים, אם וככל שיגיעו לי במסגרת הדרישה דלעיל, ולצורך כך הנני מעניק הרשאה מפורשת ומודעת לבנק להשיב לבקשת האימות באמצעות החברה המאמתת (מס"ב).
4. על אף האמור לעיל, אני שומר על זכותי לחזור בי מהסכמתי ומהרשאתי, בכל עת ועד למועד ביצוע תשלום הכספים הנ"ל, באמצעות מסירת הודעה בכתב בחתימתי לחב' ענבל.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי ושם משפחה חתימה תאריך

**יש לצרף לטופס זה צילום ברור של המחאה של בעל החשבון (יש לרשום "מבוטל" על ההמחאה) או אישור הבנק לאימות פרטי החשבון.**

**יש להחזיר את הטופס מלא וחתום כתנאי לקבלת התשלום.**

**נספח ב' - אמצעי תשלום אפליקציית BIT**

**הצהרות העובד/מגיש הדרישה - סעיף חובה במידה ונבחר תשלום באמצעות אפליקציית BIT:**

מספר טלפון נייד של העובד/מגיש הדרישהעליו מותקנת האפליקציה:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

מספר תעודת זהות של העובד/מגיש הדרישההרשום באפליקציה:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**הצהרות צד ג' - סעיף חובה במידה ונבחר תשלום ב -BIT:**

* הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:
* כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי מס' טלפון נייד / מספר תעודת זהות הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
* אני מצהיר/ה בזאת שהטלפון הנייד הוא על שמי.
* התשלום באפליקציית BIT מבוצע בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
* אני מוותר/ת על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה בקשר לתשלום באפליקציית BIT הנ"ל.
* ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של מדינת ישראל/חב' ענבל לאשר תביעה שהגשתי/גובה תשלום כלשהו.
* ידוע לי כי העברת הכספים באפליקציית BIT מחייבת התקנת אפליקציה מתאימה בטלפון הנייד שברשותי ומילוי פרטים כנדרש.
* אני מאשר/ת העברת פרטים אלו וגובה כספי הפיצויים, אם וככל שיאושרו לי, לבנק המפעיל את האפליקציה לצורך ביצוע התשלום.
* אני מאשר/ת משלוח הודעה מטעם הבנק הנ"ל בדבר ביצוע התשלום.

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**יש להחזיר את הטופס מלא וחתום כתנאי לקבלת התשלום.**