

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס 11-100
640000061

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01 20	

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)

שם בעל הפוליסה	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	טלפון בבית	טלפון נייד
כתובת	מיקוד	e-mail:		פקס.

ב. פרטי המבוטחים

מבוטח ראשי	מבוטח משני
שם משפחה	
שם פרטי	
מס' זהות/דרכון	
תאריך לידה	
מין, מצב משפחתי	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/>
כתובת (רח', מס' בית, עיר, מיקוד)	
טלפון	
דוא"ל	
מקצוע	
עיסוק בפועל	

ג. אופן התשלום

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)

הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו: הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

להלן פרטי החשבון:

מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____

תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון x _____

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.

תדירות התשלום: חודשית

ד. כיסויים ביטוחיים

מבוטח ראשי	מבוטח משני**	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80 (מעל 5 מלש"ח גיל תום 70)	<input type="radio"/> ריסק (1)
ש"ח _____	ש"ח _____	70	<input type="radio"/> ריסק (5)
תקופת ביטוח שנים _____	תקופת ביטוח שנים _____	80	<input type="radio"/> רצף הכנסה
פיצוי חודשי ש"ח _____	פיצוי חודשי ש"ח _____	70	<input type="radio"/> נכות מתאונה (רכישה כריזר לכיסוי נוסף בלבד)
ש"ח _____	ש"ח _____	65	<input type="radio"/> מוות מתאונה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	65	<input type="radio"/> עוד בחיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/> אקסטרה Life *** אירועים משפחתיים כיסוי נוסף ל: <input type="radio"/> ריסק 1 <input type="radio"/> רצף הכנסה
ש"ח _____	ש"ח _____	70	<input type="radio"/> ריסק FIX (מבוטס ריסק 5)***
			אחר _____

* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי ** ניתן לרכוש בפוליסות נפרדות *** רכישת נספח אקסטרה Life כפופה לכך שההצטרפות לכיסוי הביטוחי למקרה מוות בתכנית הביטוח במסגרתה נרכש הנספח תהיה בתנאים רגילים (ללא כל סייג או תוספת הנובעים מחיתום, לרבות תוספות שבטלו עקב הטבות או הנחות). **** גיל כניסה מינימלי לחבילת ריסק FIX 27, וגיל כניסה מקסימלי 55.

•סכומי הביטוח צמודים למדד

ה. נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלים)

סכום הפיצוי		שווה לעתיד משלים 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (לכל ההגדרות העיסוקיות) ○ הרחבת הגדרה עיסוקית ○ שווה לעתיד משלים 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מיקצועיות)
מבטוח ראשי	מבטוח משני	
לגיל _____ ש"ח ○ 64 ○ 67 ○ אחר _____	לגיל _____ ש"ח ○ 64 ○ 67 ○ אחר _____	

ו. מטריה טופ - ביטוח משלים לביטוח נכות בקרן הפנסיה (יירכש כפוליסה יסודית)

מבטוח ראשי		מטריה טופ - שלושה חודשי המתנה בפרמיה משתנה
הצהרות בעל רישיון 1. אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 8-2018 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית. 2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבטוח את האירועים הביטוחיים שבניגוד יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכוש את ההרחבה. * במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית תאריך: _____ חתימת בעל הרישיון X _____	סכום הפיצוי החודשי: _____ ש"ח שיעור הפיצוי החודשי 75% <input checked="" type="checkbox"/>	יש לבחור אחד או יותר מכיסויי הבסיס הבאים: <input type="checkbox"/> כיסוי להגדרת מקרה ביטוח לפי עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> כיסוי לביטול תקופת אכשרה הרחבות למטריה טופ (יחולו על כל כיסויי הבסיס שנבחרו): <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). <input type="checkbox"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים <input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="checkbox"/> 1% לשנה <input type="checkbox"/> 2% לשנה *תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה: _____ (בהעדר תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה יקבע תאריך ההצטרפות כתאריך תחילת הביטוח לכיסוי מטריה טופ. בהתאמה, תום תקופת האכשרה יהיה בתום 5 שנים מהמועד האמור). * רלוונטי רק לכיסוי לביטול תקופת אכשרה.
	שיעור דמי הגמולים <input type="checkbox"/> 20.83% <input type="checkbox"/> אחר _____ % גיל תום: <input type="checkbox"/> 67 אחר _____ (60-67)	הערות: השכר המבטוח בקרן הפנסיה יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי החודשי בשיעור הפיצוי החודשי. בהעדר שיעור דמי גמולים בטופס הצהרה, יקבע שיעור דמי הגמולים על 20.83%. גובה דמי הגמולים יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי בשיעור הפיצוי החודשי (75%) והכפלה בשיעור דמי הגמולים. במידה שבעתיד יוגדלו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבטוח להודיע על כך לחברה. במידה ולא נבחר גיל תום, הכיסוי יסתיים בגיל 67.

ז. טופ לעתיד - שחרור

<input type="checkbox"/> טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה*, ** הרחבות לשחרור <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה). * לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67. ** עבור כיסויים ביטוחיים, למעט מטריה טופ.

ח. מוטבים

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**	מבטוח ראשי
					מבטוח משני ממות לפני תום תקופת הביטוח
				100%	

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים. ** במידה ולא נמסרו % חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח. במידה ואינך מעוניין שנעביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il. לידעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבטחים שנפטרו, לאתר חסכוניות פנסיוניות. במידה והגן מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן - המסמכים) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהגן מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

10/2018 אפי"

ט. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה").
 אני מצהיר בזאת כי:
 א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה והיוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
 ד. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 ה. אני מצהיר בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותיי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מצדדים ושירותים הקשורים אליה.
 אני מסכים כי המידע ימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/המתנה/החרגות, ככל שישנן.
 ז. אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
 ח. **אישור מועמדים לביטוח שביצעו התלפת פוליסות (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריית החוזה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:
(חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

ט. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והניני מאשר ומסכים בזאת כי:
 (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 (2) במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
 הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת **
 * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

י. אני מסכימה/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותיי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך יעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותיי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאית/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*
 *חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

י. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי, ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוסטרופוס החוקי).

שם מבוטח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

שם מבוטח משני: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יא. הצהרת סוכן

אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
 2. אני מצהיר בזאת כי ביצעתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
 3. במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
 4. אני מאשר כי כלל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתה את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד/ת לביטוח להצהרת הכפל - הצהרה ט', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
 5. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
 ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקשת לבטלה, האם המועמד/ת לביטוח מעוניינת/ת שבקשת הביטול תשלח באמצעות הסוכן?
 לא
 כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/תכנית הביטוח הקיימת.

תאריך: _____ שם סוכן X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X

שם בעל הפוליסה	מס' הזהות/דרכון	מס' פוליסה
----------------	-----------------	------------

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

שאלון בריאות למבוטח			
מבוטח ראשי		מבוטח משני	
שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם משפחה
מין	תאריך לידה	מין	תאריך לידה
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	משקל בק"ג	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	משקל בק"ג
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים	אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
	בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט			
1.	מבוטח ראשי: האם הינך מעשן? כן <input type="radio"/> סוגריים <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא <input type="radio"/> - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.			
2.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אלכוהול
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סמים
4.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן שמחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון היסטוריה משפחתית
5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נכות שאלון פציעות
6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, C.T, ביופסיה, דם סמוי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	פרט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
7.	אשפוזים: האם אשפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (למעט אשפוז למטרת לידה)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	פרט/י את שם התרופה, והסיבה לנטילתה

מס'	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושינוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מערכת העצבים
2.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (ספיריטלי)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מחלה נפשית
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מחלות דם וקרישה
5.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלבב, פי הטבעת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מערכת העיכול
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון צהבת וכבד
9.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון כליות ודרכי השתן
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון דרכי נשימה/אסטמה
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזרמה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור
12.	אורטופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטאוארטרוזיס)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור שאלון עיניים
13.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
14.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סיניזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אף/ אוזן/ גרון
15.	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון בעיות עור
16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידיס/ נשא HIV	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף מסמכים רפואיים
17.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר ליווסת), רחם שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____ לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נשים שאלון פרוסטטה ואשכים

הערות:	הערות:
_____	_____
_____	_____
תאריך: _____	תאריך: _____
חתימת מועמד משני X	חתימת מועמד ראשי X

הוראה לחיוב חשבון

טופס 3-10

6400000275

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	20 01		

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כארט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דינרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי
מספר כרטיס אשראי			

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____
 מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
614			



לכבוד בנק _____ סניף _____
 כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

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

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

1. אני/הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- 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).
 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 ע"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 ייעשה 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 בהרשאה 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 ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		
614			

לכבוד: _____
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
 ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.
 רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר.
 אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

פרטי המבקש

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____ נייד: _____