

הצעה לביטוח תאונות מעודכן לחודש 01/2019

טופס 23-11
6400000275

| |
|-------------|
| מספר פוליסה |
| מספר תיק |

(מידע רגיש)

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקיום או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

| | | | |
|----------|----------|--------------------------|------------------------|
| שם הסוכן | שם הסוכן | תאריך מבוקש לתחילת ביטוח | חותמת תאריך קבלה בחברה |
| | | 20 | |

המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העוקב (אין לרשום תאריך מבוקש הקודם למועד החתימה על טופס הצעה זה).

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהתאם לכללי מנורה מבטחים):
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף הצהרת המועמדים לביטוח + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

| | | | | | |
|-------|-----|-------------------------|--------|--------------------------|---|
| תאריך | שעה | מספר טלפון ממנו התקשרת: | שלוחה: | מספר טלפון של מקבל השיחה | סוג מכשיר ההקלטה: <input type="checkbox"/> טלרקורדר Nice <input type="checkbox"/> אחר |
|-------|-----|-------------------------|--------|--------------------------|---|

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (יש למלא רק אם שונה מהמועמד הראשי)

| | | | | | | |
|---------|-----------|--------------|------------|---|--|--|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | ילדים |
| | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש | <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש |
| כתובת | מס' טלפון | מס' טל' נייד | דוא"ל | | | |

פרטי המועמדים לביטוח

| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | ילדים |
|---------|----------|-----------|------------|---|--|--|
| | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש | <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש |
| ילד 1 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| ילד 2 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| ילד 3 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| ילד 4 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---------|----------------|-------|-----------|---------|
| כתובת מגורים של המועמד הראשי | רחוב | מס' בית | יישוב | מיקוד | מס' טלפון | מס' פקס |
| כתובת מגורים של המועמד השני | יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת מועמד ראשי: | רחוב | יישוב | מיקוד | | |
| מועמד ראשי (חובה למלא) | דוא"ל | עיסוק | מס' טלפון נייד | | | |
| מועמד שני (חובה למלא) | דוא"ל | עיסוק | מס' טלפון נייד | | | |

| | | |
|---------------|--------------------|--------------|
| שם קופת חולים | שב"ן (ביטוח משלים) | שם רופא מטפל |
| | | |
| מועמד ראשי | | |
| מועמד שני | | |
| ילדים | | |

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות *2000 או באמצעות דוא"ל - Har.bit@menora.co.il. לידעך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

ב. פרטי הפוליסה ואופן התשלום

פרטי הפוליסה - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- פוליסה חדשה
- תוספת בפוליסת תאונות קיימת מס' _____ *
- * ככל שאמצעי התשלום שצוין מטה, שונה מזה המעודכן בפוליסה הקיימת, אמצעי התשלום שניתן בטופס זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

אופן התשלום - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.
 - כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי בהמשך)
 - הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בהמשך)
 - 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: _____

תדירות התשלום: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתית
מועד גביה: אשראי 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות הביטוח אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת

| תכנית תאונות Top | ניתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד | מועמד ראשי | מועמד שני | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד 4 |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| חבילה 1 - מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| חבילה 2 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד בפוליסת הורים, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| חבילה 3 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| חבילה 4 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| חבילה 5 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| חבילה 6 - מועמד ראשי, מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| חבילה 7 - מועמד ראשי, מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| חבילה 8 - מועמד ראשי, מועמד שני | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |

| פירוט חבילות תאונות Top | חבילה 1 | חבילה 2 | חבילה 3 | חבילה 4 | חבילה 5 | חבילה 6 | חבילה 7 | חבילה 8 |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| מוות מתאונה | 50,000 | 75,000 | 100,000 | 150,000 | 200,000 | 300,000 | 400,000 | 500,000 |
| נכות מתאונה | 50,000 | 75,000 | 100,000 | 150,000 | 200,000 | 300,000 | 400,000 | 500,000 |
| שברים מתאונה | 7,500 | 11,250 | 15,000 | 22,500 | 30,000 | 45,000 | 60,000 | 75,000 |
| כוויות מתאונה | 12,500 | 18,750 | 25,000 | 37,500 | 50,000 | 75,000 | 100,000 | 125,000 |
| פיצוי יומי בגין אשפוז מתאונה | 100 | 150 | 200 | 300 | 400 | 600 | 800 | 1,000 |
| פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה | 10,000 | 15,000 | 20,000 | 30,000 | 40,000 | 60,000 | 80,000 | 100,000 |

סכום ביטוח מקסימלי למבוטח לכל כיוון מוות מתאונה בתכניות תאונות Top: למבוגר - 500,000 ש"ח, לילד - 200,000 ש"ח

פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה הרחבה לתכנית תאונות Top

| תקופת המתנה ותקופת פיצוי - יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות | סכום פיצוי לבחירה | | | | | | |
|---|--|-------------|--------------|--|---|--|---|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>תקופת פיצוי</th> <th>תקופת המתנה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 שנים פיצוי</td> <td>7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>שנתיים פיצוי <input type="radio"/> 3 שנים פיצוי</td> <td>7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> | תקופת פיצוי | תקופת המתנה | 3 שנים פיצוי | 7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/> | שנתיים פיצוי <input type="radio"/> 3 שנים פיצוי | 7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/> | מועמד ראשי <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/> 5,000 ש"ח מועמד שני <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/> 5,000 ש"ח |
| תקופת פיצוי | תקופת המתנה | | | | | | |
| 3 שנים פיצוי | 7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/> | | | | | | |
| שנתיים פיצוי <input type="radio"/> 3 שנים פיצוי | 7 ימי המתנה <input type="radio"/> 14 ימי המתנה <input type="radio"/> 21 ימי המתנה <input type="radio"/> 30 ימי המתנה <input type="radio"/> | | | | | | |

* אם מקרה הביטוח אירע שגילו של המבוטח היה בין 65 ל-66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנתיים, אם המבוטח רכש תקופת תשלום פיצוי בת שלוש שנים. וכן, אם מקרה הביטוח אירע בעת שגילו של המבוטח היה 66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנה, אם המבוטח רכש תקופת תשלום בת שנתיים או שלוש שנים.

ד. שאלון בריאות למועמדים לביטוח בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

| מס' | לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם | מועמד ראשי | מועמד שני | ראשון | שני | שלישי | רביעי |
|--|---|------------|-----------|---------|---------|---------|---------|
| | שם פרטי ומשפחה | | | | | | |
| האם אובחנת במחלות/ הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה: | | | | | | | |
| 1. | האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/טיפוס)? | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 2. | ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס, פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית) | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 3. | מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 4. | האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה ו/או האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם כן, פרט | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| שאלות נוספות לרוכש תכנית פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה | | | | | | | |
| 5. | האם אובחנת במהלך חיך בבעיות/ הפרעות/ מחלות אורטופדיות לרבות עמוד שדרה ומפרקים אחרים? | כן / לא | כן / לא | | | | |
| 6. | האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת/ בית האם רותקת למיטתך כאמור? אם כן פרט/י | כן / לא | כן / לא | | | | |

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט וציין את שם המועמד:

תאריך: _____ ראשי / בעל הפוליסה X חתימת מועמד _____ חתימת מועמד שני X

ה. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמדים לביטוח ולהשיב ולחתום בהתאם.
הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח

- אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן" מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 - כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או הצהרת בריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן מנורה מבטחים ביטוח") בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, יישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ידוע לי שקיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ידוע לי כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
 - ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממני ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
 - אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרתו אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
 - הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס פוליסה תבטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
 - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפורטופוס טבעי שלהם.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד

- אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש והחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
- אני מאשר כי הוסכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי וכלל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה גם בהתייחס אליהן, ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח תאונות/סיעוד/מחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:

- (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)
- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 - במועד 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 כנוונתי לבטל פוליסה קיימת בידי, 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 בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X

- אופן משלוח דיווחים ומסכים - דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד - יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים: כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____ (ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז) באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il> לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

| מועמד ראשי | מועמד שני | |
|------------|-----------|---|
| כן / לא | כן / לא | אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיוקיות כאמור*. |
| | | * החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ. |

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X

| | |
|-------------|-----------|
| מספר פוליסה | מספר זהות |
|-------------|-----------|

| 1. מינוי מוטבים למקרה מוות* | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|------------|-------|-----------|--------|------------|------------|-------|-----------|--|
| שם מלא | ת.ז./דרכון | תאריך לידה | קירבה | % חלוקה** | שם מלא | ת.ז./דרכון | תאריך לידה | קירבה | % חלוקה** | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 100% | | | | | 100% | | | | | |

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

2. 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 שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני 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 תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו 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 ויישוב תביעות בלבד. כתב ויתור זה יחול על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.**

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

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

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

ח. הצהרת הסוכן

א אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח
 ב אני מצהיר בזה כי המועמד לביטוח
 לא הצטרף באמצעות הטלפון
 הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו _____ מס' זהות _____
 (להלן: "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך _____ ומילאתי בשמו בעבור את הצעת הביטוח, הקראתי לו את כל השאלון ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

ג. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות:

1. אני מצהיר כי בצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות החוזר לעניין צירוף לביטוח, לרבות באמצעות בדיקה באתר הר-הביטוח וכי הצעתי לו/להם תכנית ביטוח התואמת את צורכיהם.

2. **בצירוף לפוליסות- תאונות/מחלות/סיעוד**
 אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף י"ג בהצהרת המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד לביטוח, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.

3. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
 ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד לביטוח מבקש לבטלה, האם המועמד לביטוח מעוניין שבקשת הביטול תשלח באמצעות הסוכן?
 לא
 כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/ תכנית הביטוח הקיימת.

4. הריני לאשר כי במידה וקיימות למועמד לביטוח פוליסות/ תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ועותק מתוצאות הליך ההתאמה נמסר למועמד/ים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח חרגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין ההחלטות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.

ד. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ומי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-2016.

תאריך: _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן X _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

| | | | |
|--------------|----------|-------------------|------------------------------------|
| מספר הסוכן | שם הסוכן | תאריך תחילת ביטוח | חותמת תאריך קבלה בחברה |
| | | 01 20 | |
| מס' טל' נייד | ת.ז. | שם מלא | פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה |
| מס' טל' נייד | דוא"ל | שם מלא | פרטי המשלם |

פרטי כרטיס אשראי

| | | | |
|---------------|--------------------|--|---------|
| מספר זהות ס"ב | שם בעל כרטיס אשראי | סוג הכרטיס | תוקף עד |
| מס' מיקוד | כתובת: ישוב רחוב | <input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> דינרס | |
| | | 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 שיופנק 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 |
| | | |
| קוד מוסד | אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה | 614 |



לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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 _____ מספר רחוב _____ מספר עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבונו 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).

- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה 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.
 - 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.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציא 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.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/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 |
| | | |
| קוד מוסד | אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה | 614 |

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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

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 על-פי המפורט בכתב ההרשאה רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מגיעה חוקית או אחרת לביצוע; 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 בהתייבויותכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____