

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס 100-14

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.

* לכיסוי מחלות קשות ניתן להצטרף באמצעות תעודת זהות בלבד (לא באמצעות דרכון).

ב. פרטי המבוטחים

מבוטח ראשי	מבוטח משני
שם משפחה	
שם פרטי	
מס' זהות/דרכון*	
תאריך לידה	
מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים	מין ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים
○ נקבה ○ נשוי ○ גרוש	○ נקבה ○ נשוי ○ גרוש
רחוב מס' בית יישוב מיקוד	רחוב מס' בית יישוב מיקוד
טלפון	
דוא"ל	
קופ"ח	
מקצוע	
עיסוק בפועל	

* ניתן להצטרף לכיסוי מחלות קשות רק באמצעות תעודת זהות (לא דרכון).

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 משני**	מבוטח ראשי	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80	○ ריסק (1)
ש"ח _____	ש"ח _____	80	○ ריסק 15 (ריסק בהנחה עולה)**
ש"ח _____	ש"ח _____	65	○ מוות מתאונה
○	○	65	○ עוד בחיים
○	○	55	○ אקסטרא Life *** אירועים משפחתיים כיסוי נוסף ל: ריסק 1
ש"ח _____ ניתן לרכוש 100,000-300,000 ש"ח	ש"ח _____ ניתן לרכוש 100,000-300,000 ש"ח	75	○ קרן אור טופ(מחלות קשות)**

* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי ** ההפקה תבצע בפוליסה נפרדת.

*** רכישת נספח אקסטרא 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).

•סכום הביטוח צמוד למדד. הצעת הביטוח אינה מתאימה למקרים של קרן יורדת/סכום ביטוח יורד. במקרה של סכום ביטוח יורד יש לרכוש חבילת משכנתא.

1. הצהרת המועמדים לביטוח חיים ובריאות

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 בהצהרה 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 בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו 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 שחזה 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. המידע נמסר מרוצן ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לד"ן. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

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

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד
 א. 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.
 ב. 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.
 ג. **אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת 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 כריתת 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 הנני 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, והנני 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 _____

יא. אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אלי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/markerting-disapproval>.

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

יב. **הליך צירוף לביטוח – ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הבירור והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.**
 אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח – במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמיך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.

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

יא. 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 שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שירשע 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 תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כשהוא 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 ביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

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

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

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יב. 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.
- 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.
- במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות והקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
- אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי 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.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שגורשה לבטלה)**
 ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחותמה - נספח ג'.
 באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית 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 ומדויק. אי הצגרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

י.ג. שאלון בריאות למבוטח

מבוטח ראשי			מבוטח משני		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה

מס' שאלון מבוטח ראשי מבוטח משני שאלון

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון V בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית יש לצרף שאלון מתאים שמספרו מופיע בסוגריים () בגוף ההצהרה. במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודת רפואית עדכנית מהרופא המטפל לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה יש לצרף תעודת רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.

האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית ו/או תחביב מסוכן? לרשימת תחביבים מסוכנים/אתגריים יש לפנות לאתר מנורה במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

מ' שאלות כלליות על מצב רפואי

מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
1. גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____ האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה _____ ק"ג ○ ירידה _____ ק"ג סיבה: ○ דיאטה ○ ניתוח ○ אחר _____	2. גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____ האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? ○ עליה _____ ק"ג ○ ירידה _____ ק"ג סיבה: ○ דיאטה ○ ניתוח ○ אחר _____	האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? ○ לא ○ כן במידה וכן נא פרט: ○ סיגריות ○ סיגרים ○ נרגילה ○ סיגריה אלקטרונית מספר סיגריות ביום: _____

לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

3. האם הינך שותה כיום או שיתיה בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? (1)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אלכוהול-1
4. האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)? (2)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סמים-2
5. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיימה: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגיבן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריגון), ביופסיה, דם סמני, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיוע הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון
6. מח ועצבים: ○ מערכת העצבים ○ מוח ○ טרשת נפוצה ○ תסמונת דאון ○ אוטיזם ○ גושה* ○ ניוון שרירים ○ אפילפסיה (3) ○ פרקינסון ○ האם פנית לרופא בשל תלונות עלי ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אפילפסיה-3 *מכתב רפואי
7. מחלות לב וכלי דם: ○ לב (4) ○ כלי דם (5) ○ הפרעות קרישה (5)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לב 4 - שאלון כלי דם - 5
8. בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נפש-7
9. המחלה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: ○ סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריגון (8) ○ לחץ דם (6)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לחץ דם-6 שאלון סוכרת-8
10. אנדוקרינולוגיה ובלוטות: ○ בלוטת התריס/מגן (תירואיד) (10) ○ בלוטת יותרת התריס (פארא-תירואיד) (10) ○ בלוטת יותרת המוח* ○ אדרנל* ○ הפרעות בהפרשת פרולקטין*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון בלוטת התריס/פארא תירואיד-10 *מכתב רפואי
11. סרטן וגידולים שפירים: ○ מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים* ○ גידולים שפירים (11) ○ גידולים טרום סרטניים*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון גידולים שפירים-11 *מכתב רפואי
12. מע' עיכול: ○ קיבה (12) ○ מעיים (12) ○ ושת (12) ○ טחול* ○ אבנים בכיס המרה (12) ○ לבלב (12) ○ מחלת כבד (13) ○ צהבת (13) ○ כבד שומני (13) ○ פיפטולה ○ קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מע' העיכול-12 שאלון כבד וצהבת-13
13. כליות ודרכי שתן: ○ כליות (15) ○ מערכת דרכי השתן (15) ○ שלפוחית שתן (15) ○ בלוטת ערמונית (23)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון כליות ודרכי השתן-15 הערמונית-23
14. ריאות ונשימה: ○ מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)* ○ סיסטיק פיברוזיס*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מכתב רפואי*
15. מחלות זיהומיות/דלקתיות/מע' חיסון: ○ איידס/נשואת HIV ○ שחפת* ○ סרקואידוזיס* ○ סקלרוזרמה*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	מכתב רפואי*
16. עיניים: ○ קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) ○ מחלה/בעיה בעיניים (21) ○ אובאיטיס* ○ עיוורון (21)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון עיניים-21 *מכתב רפואי
17. אף/אוזן/גרונן: ○ אוזניים (22) ○ ליקוי שמיעה/חירשות (22) ○ טינטון ○ מחלת מנייר ○ אף (22) ○ גרון (22) ○ מיתרי הקול (22)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אף/אוזן/גרונן-22 *מכתב רפואי
18. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25
19. האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25
20. האם טופלת ו/או מטופל כעת בתרופות קבועות או הומלץ לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות במידה וכן נא פרט: שם התרופה: _____ האבחנה בגינה מטופל/הומלץ טיפול: _____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון

מ' ברכישת כיסוי לביטול תקופת אכזרה בפוליסת מטריה טופ יש לענות גם על השאלות הבאות:

21. ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: ○ FMF קדחת ים תיכונית משפחתית (16) ○ פיברומיאליגיה* ○ תסמונת העייפות הכרונית*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון FMF-16 *מכתב רפואי
22. אורטופדיה: ○ גב ועמוד שדרה (17) ○ ירידה בצפיפות העצם ○ שברים (19) ○ ברכיים (18) ○ מרפקים (18) ○ * כתפיים (18) ○ מרפקי ירכיים (18) ○ קרסוליים (18) ○ מחלת מרפקים/דלקת פרקים*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון עמוד שדרה-17 שאלון מרפקים-18 שאלון שברים-19 *מכתב רפואי
23. שאלון נשים (מגיל 14): ○ רחם (24) ○ שחלות/חצוצרות (24) ○ גידולים בשדיים (24) ○ האם את בהריון כעת? ○ לא ○ כן משקלך לפני ההריון: _____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נשים-24 *מכתב רפואי
24. האם הינך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או הינך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון

מ' ברכישת קרן אור טופ יש לענות גם על השאלות הבאה

25. היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) אובחנו אחת או יותר מהמחלות הבאות? ○ מחלת לב ○ סרטן המעי הגס ○ סרטן שחלות ○ סרטן השד ○ סרטן ערמונית ○ סוכרת ○ כליות פוליציסטיות ○ טרשת נפוצה ○ ניוון שרירים ○ הנטינגטון ○ פרקינסון ○ אלצהיימר	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון בני משפחה-26
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------

הערות: _____

תאריך: _____

חתימת מועמד משני X

הערות: _____

תאריך: _____

חתימת מועמד ראשי X

הוראה לחיוב חשבון

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חונתמת 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 זיהוי ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	תוקף עד
מס' מיקוד	כתובת: ישוב רחוב	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כאל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <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 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
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	



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 שיוצאו 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 ע"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, הזכינו 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 להוציאנו 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/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
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

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/נס 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-ידכם.

אישור הבנק - חתימה וחונתמת

תאריך _____ בנק _____ סניף _____