



**הצעה לביטוח תאונות**  
**מעודכן לחודש 07/2018**

**טופס 9-23**  
**640000275**

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

מספר פוליסה
מספר תיק

**(מידע רגיש)**

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		20	
<p>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).</p>			

**במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):**  
**במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף ה' + 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 המועמדים לביטוח**

מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
מועמד שני					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
עד גיל 18	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	רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____					
מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			
מועמד ראשי	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל			
מועמד שני						
ילדים						

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז 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. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר 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 X \_\_\_\_\_**

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

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

ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד שני	מועמד ראשי	תיתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד	Top תכנית תאונות
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		חבילה 1 - מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>		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

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

סכום ביטוח מקסימלי למבוטח לכל כיווני 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: אין לבחור תקופת המתנה ותקופת פיצוי מעמודות שונות	סכום פיצוי לבחירה	
אפשרות א'	אפשרות ב'	אפשרות ג'
7 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי	14 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי	21 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי
4,000 ש"ח	5,000 ש"ח	5,000 ש"ח
7 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי	14 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי	21 ימי המתנה שנתיים פיצוי 3 שנים פיצוי
4,000 ש"ח	5,000 ש"ח	5,000 ש"ח

\* 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" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	מועמד ראשי	מועמד שני	ראשון	שני	שלישי	רביעי	ילד
	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	כן / לא
2.	ידידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס), פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית)	כן / לא	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	כן / לא
4.	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 20% 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	כן / לא
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/	כן / לא	כן / לא					

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי / בעל הפוליסה X חתימת מועמד שני X

**ה. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמדים לביטוח להשיב ולחתום בהתאם.**

**הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח**

- אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצעה"). 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 לענין 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 וחווה 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 מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
  - ידוע לי שחווה 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.
  - בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין 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 מרצוני 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 בסיסית בתבטול תכנית הבסיס בפוליסה בתבטול גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
  - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפטרופוס טבעי שלהם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

**קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי 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 הסוכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה 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 בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת בחברתנו פוליסה העונה על ההגדרה לעיל)**

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת בחברת מנורה, 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 בחברה;
    - 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 בחברת מנורה, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות\*
  - הריני מאשר כי כוונתי לבטל פוליסה קיימת בידי בחברת מנורה, 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

מועמד ראשי	מועמד שני	
כן / לא	כן / לא	ד. 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 שיווקיות כאמור*.
כן / לא	כן / לא	טו. הריני מאשר קבלת מסמכים והודעות הנדרשים על פי דין (באמצעים דיגיטיים (דוא"ל/ טלפון נייד) ו/או בכלים טכנולוגיים (איזור אישי באתר האינטרנט של החברה)*)
כן / לא	כן / לא	* החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

## ו. 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 אחוזי חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

## ז. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת חולים וא/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וא/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד הביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא התיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

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

שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

שם מועמד שני: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ 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 בעבורו את הצעת הביטוח, הקראתי לו את כל השאלות והצהרות הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.
- ג. אני מצהיר כי ביצתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 1-7-2016 או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכי/הם.

## ד. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות: (חובה לסמן ב-✓)

1. האם במסגרת ברור הצרכים הביטוחיים, נמצא שקיימת למועמד לביטוח פוליסה/תכנית ביטוח רלוונטית?  לא  כן
2. האם המועמד לביטוח ביקש לבטל או להקטין סכום ביטוח בפוליסה/תכנית ביטוח קיימת?  לא  כן
3. האם המועמד לביטוח מעוניין שבקשת ביטול הפוליסה/תכנית ביטוח תישלח באמצעות הסוכן?  לא  כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/תכנית ביטוח קיימת.
4. הריני מאשר כי במידה וקיימות למועמד לביטוח פוליסות/ תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ועותק מתוצאות הליך התאמה נמסר למועמד/ים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח חרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 1-7-2016, גם השוואה בין ההחרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.
- ה. 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 1-7-2016 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר או תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.
- ו. במידה ולמועמד לביטוח קיימת פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה/י ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים לפוליסה זו אשר בכוננותו לרכוש (להלן –"פוליסה קיימת") והמועמד לביטוח לא ביקש לבטלה, אני מאשר בזאת כי הסברתי למועמד לביטוח שהצירוף לפוליסה זו הינה עבור פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת ברשותו וכי יגבו ממנו דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן X \_\_\_\_\_

# הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-10

6400000275

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

## פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	אמריקן אקספרס	בטוקף עד
	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס		
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	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 שיופק 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 מוסד	מספר חשבון בנק
		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 \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ נותנים/ים לכס בזה הוראה לחיוב את חשבוננו/הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.  
 ב. נהיה רשאים לבטל חיוב מסויים 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.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

## אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר חשבון בנק
		614	
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ אלנבי 115, ת"א 6581708	

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.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_