

מספר פוליסה

מספר חבילה

**"בית בטוח"**  
ביטוח לבעלי משכנתאות

**הצעה לביטוח חיים ולביטוח מבנה למשך כל תקופת ההלוואה**

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

\* תאריך תחילת ביטוח יקבע לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תקבל תוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת ביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

**א. פרטי המועמדים לביטוח וכתובת הנכס**

בעל הפוליסה: מבוטח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	טלפון
מצב משפחתי: <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	ילדים	עיסוק	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
כתובת למשלוח דואר		דוא"ל		
מבוטח משני	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	טלפון
מצב משפחתי: <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	ילדים	עיסוק	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
כתובת למשלוח דואר		דוא"ל		

כתובת הנכס הממושכן

**ב. פרטים לצורך עריכת הביטוח**

סוג ההלוואה:  קרן פוחתת / סכום ביטוח יורד  קרן עומדת במקום / סכום ביטוח קבוע\*\*\*\*

הלוואה מספר	1	2	3	4
יתרת הלוואה נוכחית				
יתרת תקופה בשנים				
תאריך סיום הלוואה*				
סוג הריבית**	<input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה	<input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה	<input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה	<input type="radio"/> קבועה <input type="radio"/> משתנה
ריבית שנתית				

מבוטח ראשי	מבוטח משני	מבוטח ראשי	מבוטח משני	מבוטח ראשי	מבוטח משני	מבוטח ראשי	מבוטח משני
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>נכות מתאונה***</b> סכום הביטוח (יורד) זהה לסכום ההלוואה, והכיסוי הוא עד גיל 70</p> <p><b>אקסטרא LIFE ארועים משפחתיים</b> מאפשר למבוטח להגדיל את סכום הביטוח לריסק ב 20% ללא חיתום בעת ההגדלה. ניתן לרכישה רק במידה שכיסי הריסק נרכש ללא תוספת הנובעת מחיתום. תקופת הביטוח לכל היותר עד גיל 55.</p>							

\* תאריך סיום ההלוואה הוא תאריך תום הביטוח גם עבור כיסוי מבנה.

\*\* במקרה של ריבית משתנה, הריבית השנתית ההתחלתית בתוספת 2.5% לשנה הינה הריבית המשמשת לחישוב השתנות סכום הביטוח לאורך תקופת הביטוח.

\*\*\* סך הכל סכום ביטוח למוצר נכות מתאונה מוגבל ל-1 מיליון ש"ח, ומשכך ניתן לרכישה רק במידה שסך סכומי ההלוואה אינו עולה על 1 מיליון ש"ח.

\*\*\*\* יופק בפוליסה נפרדת מסוג ריסק 1 בסכום ביטוח קבוע ולא כחבילת משכנתא.

**לידיעתך,** יתכן ובמהלך תקופת הביטוח ייוצר פער בין סכום הביטוח הקבוע בפוליסה לבין יתרת ההלוואה שנרכשה על ידך. במקרה זה, במהלך תקופת הפוליסה, בעל הפוליסה או המבוטח, יהיו רשאים לפנות, באמצעות סוכן הביטוח, או באמצעות מוקד שירות לקוחות 2000\*, ולבקש להקטין את סכום הביטוח וזאת בכפוף למסירת סכום הביטוח המעודכן, גובה הריבית המעודכנת, ותקופת ההלוואה העדכנית, ובכפוף לאישור הבנק המלווה, והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה וההסדר התחיקתי.

**ג. ביטוח מבנה הדירה - הביטוח כולל כיסוי למבנה הדירה לרבות רעידת אדמה וביטוח נזקי מים ונזולים אחרים וכן כיסוי אחריות כלפי צד שלישי.**

סוג המבנה: פרטי/ בית משותף	קומה _____ מתוך _____	שטח הדירה	סכום ביטוח מבנה הדירה _____ ש"ח
האם מבנה הדירה המבוטחת מהווה דירה אחת? <input checked="" type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם הדירה משמשת למגורים בלבד? <input checked="" type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<b>שים לב:</b> מנורה אינה מבטחת אלא מבנה דירה אחת בלבד (ולא דירה מפוצלת) המשמשת למגורים בלבד.	
<input checked="" type="radio"/> כיסוי לנזקי רעידת אדמה למבנה - כלול (השתתפות עצמית לרעידת אדמה - 10% מסכום הביטוח)	<input checked="" type="radio"/> כיסוי לנזקי מים ונזולים אחרים - כלול: <input checked="" type="radio"/> באמצעות ספק שרות שמציע המבטח <input type="radio"/> באמצעות שרברב פרטי	<input checked="" type="radio"/> כיסוי לביטוח אחריות כלפי צד שלישי - כלול <b>גבולות אחריות: 500,000 ש"ח</b>	
* הסעיפים המסומנים לעיל מהווים ברירת המחל בחבילה שיוקית זו. המעוניינים לרכוש ביטוח מבנה במסלול שונה, מוזמנים לפנות לסוכן הביטוח ולבקש מידע בדבר אפשרויות נוספות.			

10/18 "אפי"

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

**ד. כתב שירות גג יבש**  
 הכיסוי מיועד לבעלי בתים פרטיים ודירות גג, ניתן לרכישה רק במידה ונרכש ביטוח מבנה.  כן  לא

**ה. פרטי הבנק המלווה**  
 בנק מלווה \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ אופן תשלום  חודשי  חודשי

**ו. כיסויים נוספים\***

מבטח ראשי	מבטח משני	*נכות מתאונה _____ ש"ח	*מוות מתאונה _____ ש"ח
_____ ש"ח	_____ ש"ח	_____ ש"ח	_____ ש"ח

\* ניתן לרכוש מקסימום 500,000 ש"ח לנכות מתאונה ולמוות מתאונה בטופס זה. רכישת כיסויים נוספים אחרים מחייבת מילוי טופס "הצהרה על מצב בריאות".

**ז. מוטבים**

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**	מבטח ראשי	מבטח משני
										במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח	במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח
				100%					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 וחסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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](mailto:Har.bit@menora.co.il).  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרוכז באתר 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 חסכונות פנסיוניים. במידה והנך מעונין 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 שהנך 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.menoramiivt.co.il](http://www.menoramiivt.co.il). יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

10/18 "אפי"

**ח. הצהרת המועמדים לביטוח חיים**

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "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 יישמשו בסיס לחזרה הביטוח ביני לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולת או דחיית הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.  
 ד. ידוע לי שחזרה 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 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 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 לצרכי 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. במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה אישור מועמדי 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 בכונתי 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 חברתנו. \*\* 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 אודותי יישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיור 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 רשאית, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת 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 \_\_\_\_\_

**ט. 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 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 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 ויישוב תביעות בלבד.

**פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס 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 \_\_\_\_\_

**י. 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 צרכי/וצרכיה.  
 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.  
 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.  
 5. ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)  
 ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת 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/ת תכנית הביטוח הקיימת.

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

10/18 אפי"

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

**יא. שאלון בריאות למבוטח**

מבוטח ראשי				מבוטח משני			
שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות		מספר זהות		מספר זהות		מספר זהות	
מין		מין		מין		מין	
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	
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 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? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס	

**שאלות כלליות על מצב רפואי**  
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

מס'	שאלון	מבוטח ראשי	מבוטח משני
1.	האם הינך מעשן? כן - <input type="radio"/> סגירות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא - 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.	האם הינך מעשן? כן - <input type="radio"/> סגירות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא - 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.	האם הינך מעשן? כן - <input type="radio"/> סגירות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא - 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.	<b>אלכוהול:</b> 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"/>
3.	<b>סמים:</b> האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4.	<b>נכות אחוזה נכות ומום מולד:</b> האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזה 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"/>
5.	<b>בדיקות אבחנתיות:</b> האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
6.	<b>אשפוזים:</b> האם אושפזת 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"/>
7.	<b>ניתוחים:</b> 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"/>
8.	<b>תרופות:</b> 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"/>

**האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:**

מס'	שאלון	מבוטח ראשי	מבוטח משני
1.	<b>מערכת העצבים והמוח -</b> לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, איפליפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לידיה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2.	<b>מערכת הלב וכלי דם -</b> לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פרופירואלי)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
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"/>
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5.	<b>מערכת מוטובולית -</b> 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"/>
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"/>
7.	<b>מערכת העיכול -</b> לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבבל, פי הטבעת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9.	<b>מערכת כליות ודרכי שתן -</b> 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"/>
10.	<b>מערכת ריאות ודרכי נשימה -</b> לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת ואלרגיות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאון, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (EMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזרמה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
12.	<b>אורטופדיה ומערכת השלד -</b> 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 ניוונית (אוסטוארטרוזיס)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
13.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

<p>הערות:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X</p>	<p>הערות:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד משני X</p>
--	--

10/18 "אפי"

## הוראה לחיוב חשבון

**טופס 3-10**
**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	בתוקף עד
מספר זהות ס"ב	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> 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 למנופיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנופיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק 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.**

- אני/הח"מ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ 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 ששומנו לעיל (ככל ששומנו). 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, היזכיי יעשה 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/ות ותוספותיה.**

תאריך חתימת בעלי החשבון

לדיעתכם: 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 00802 61

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/בנק 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 בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך בנק סניף

**פרטי המבקש**

שם פרטי: שם משפחה: טלפון: נייד: