

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס זה מיועד לרכישת כיסויים ביטוחיים לסכומי ביטוח שלא יעלו על 750,000 ש"ח

מספר סוכן	שם סוכן	תאריך תחילת ביטוח*	חותמת תאריך קבלה בחברה
		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 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"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>
כתובת (רח', מס' בית, עיר, מיקוד)	
טלפון	
e-mail	
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

מבטח ראשי	מבטח משני**	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80	○ ריסק (1)
תקופת ביטוח שנים _____ פיצוי חודשי ש"ח _____	תקופת ביטוח שנים _____ פיצוי חודשי ש"ח _____	80	○ רצף הכנסה
ש"ח _____	ש"ח _____	70	○ נכות מתאונה (רכישה כריידר לכיסוי נוסף בלבד)
ש"ח _____	ש"ח _____	65	○ מוות מתאונה
ש"ח _____	ש"ח _____	70	○ חבילת ריסק FIX *** (מבוסס ריסק 5)

* תקופת הביטוח בגין כל המבטחים תקבע לפי גיל תום של המבטוח הראשי, בהתאם לכך מוצע לקבוע את המבטוח הצעיר יותר כמבטוח הראשי.
 ** ניתן לרכוש בפוליסות נפרדות.
 *** גיל כניסה מינימלי לחבילת ריסק FIX 27 וגיל כניסה מקסימלי 55.

• סכומי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן

ה. נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלים)

סכום הפיצוי		
מבטוח משני	מבטוח ראשי	
ש"ח _____ לגיל _____	ש"ח _____ לגיל _____	○ 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)
○ אחר 67 ○ 64 ○ אחר _____	○ אחר 67 ○ 64 ○ אחר _____	

* סכום פיצוי: שווה לעתיד משלים לכל ההגדרות העיסוקיות 100,000-300,000 ש"ח, שווה לעתיד - משלים (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מיקצועיות) 100,000-500,000 ש"ח הגדרת הזכאות לאובדן כושר עבודה של המבוטח/ת במוצר שווה לעתיד משלים תקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו /או מקצועו של המבוטח/ת, ועליהם הצהיר המבוטח/ת. התעריף לכיסוי שווה לעתיד משלים יקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו /או מקצועו של המבוטח/ת.

ו. טופ לעתיד - שחרור

○ טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה*

הרחבת לשחרור

- הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)
- קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.
- תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה).
- (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).

* לפני גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67.

ז. מוטבים

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**
100%					100%				

10/18 "אפי"

* 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 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. 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 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 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.menoramivt.co.il. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

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:

- 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.
- 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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח חיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 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 מצרים 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 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.
- 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.
- 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 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, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:

- הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
- 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 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 אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שיחיות 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 רשאית, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת בקבלת הצעות שיוקיות 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 למנורה 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 לבריאותי ו/או מחולתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אילנים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק חתימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי הגנת הפרטיות ו/או חוק חתימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת בקבלת הצעות שיוקיות כאמור.*

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפטרופוס 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 צרכיו/צרכיה.
- 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', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שדרש לבטלה)**
ככל שנמצא בהליך התאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקשת לבטלה, האם המועמד/ת לביטוח מעוניינת 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

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	
מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
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			

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
1.	בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	מבוטח ראשי: האם הינך מעשן? כן - סיגריות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	מבוטח משני: האם הינך מעשן? כן - סיגריות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון נכות ושאלון פגיעות
2.	לשנומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרווחניים.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, 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?	שאלון נכות ושאלון פגיעות	שאלון נכות ושאלון פגיעות
3.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (למעט אשפוז למטרת לידה)	שאלון אשפוזים	שאלון אשפוזים	שאלון אשפוזים
4.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	שאלון ניתוחים	שאלון ניתוחים	שאלון ניתוחים
5.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	שאלון תרופות	שאלון תרופות	שאלון תרופות

מס'	האם אובחנת במהלך חייר 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 ושיתוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	שאלון מערכת העצבים והמוח	שאלון מערכת העצבים והמוח	שאלון מערכת העצבים והמוח
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 (פרפריאלי)	שאלון מערכת הלב וכלי דם	שאלון מערכת הלב וכלי דם	שאלון מערכת הלב וכלי דם
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	שאלון בעיה נפשית	שאלון בעיה נפשית	שאלון בעיה נפשית
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	שאלון מערכת דם	שאלון מערכת דם	שאלון מערכת דם
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	שאלון מערכת מוטובולית	שאלון מערכת מוטובולית	שאלון מערכת מוטובולית
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרום סרטני	שאלון מחלה ממארת	שאלון מחלה ממארת	שאלון מחלה ממארת
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	שאלון מערכת העיכול	שאלון מערכת העיכול	שאלון מערכת העיכול
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	שאלון מחלת כבד	שאלון מחלת כבד	שאלון מחלת כבד
9.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	שאלון מערכת כליות ודרכי שתן	שאלון מערכת כליות ודרכי שתן	שאלון מערכת כליות ודרכי שתן
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	שאלון מערכת ריאות ודרכי נשימה	שאלון מערכת ריאות ודרכי נשימה	שאלון מערכת ריאות ודרכי נשימה
11.	מחלות ראוטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה	שאלון מחלות ראוטולוגיות	שאלון מחלות ראוטולוגיות	שאלון מחלות ראוטולוגיות
12.	אורטופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פרקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטוארטרוזיס)	שאלון אורטופדיה ומערכת השלד	שאלון אורטופדיה ומערכת השלד	שאלון אורטופדיה ומערכת השלד
13.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאטיס, קרטקנוס	שאלון מערכת עיניים וראייה	שאלון מערכת עיניים וראייה	שאלון מערכת עיניים וראייה
14.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	שאלון מערכת אף אוזן גרון	שאלון מערכת אף אוזן גרון	שאלון מערכת אף אוזן גרון
15.	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קנדידילומה	שאלון עור ומין	שאלון עור ומין	שאלון עור ומין
16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ויידס/ נשא HIV	שאלון מחלות זיהומיות	שאלון מחלות זיהומיות	שאלון מחלות זיהומיות
17.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרייון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? _____? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	שאלון לנשים	שאלון לגברים	שאלון לנשים ולגברים

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

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	בתוקף עד
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <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 שיופג 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 מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם ישלחו 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 _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
2. 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:
 - 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 עפ"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 להוציא 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
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/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 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.

תאריך בנק _____ סניף _____

פרטי המבקש

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