



**הצעה לביטוח בריאות,  
מחלות קשות ותאונות**

**טופס 20-8**

**6400000275**

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

**מעודכן לחודש 10/2018**

**(מידע רגיש)**

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	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 ז' + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.**

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

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

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
				<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 20 *	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	

\* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצהרות נפרד הכולל שאלון בריאות

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
כתובת מגורים של המועמד השני	רחוב	מס' בית	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

**אופן משלוח דיווחים למבוטח** - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - **מסמכי הדיווח**) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהגך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות 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: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי ישויו אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

**אנך 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. לידעתך, 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 בריאות קיימת מס' \_\_\_\_\_ (במקרה של המרת תכנית/פוליסת ביטוח יש למלא נספח להצעה להמרה) \*
- \* 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)



## שאלון בריאות למועמדים לביטוח

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, נדרש להמציא בנוסף לשאלון בריאות זה - תעודה רפואית מקופ"ח המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

### ה. שאלון בריאות מבוגרים

מועמד ראשי	מועמד שני	שם פרטי ומשפחה	
		שם פרטי ומשפחה	
		גובה בס"מ	
		משקל בק"ג	
מס'	שאלון תחביבים		
1.	כן / לא	כן / לא	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה?
2.	כן / לא	כן / לא	האם אתה עוסק בפעילות ספורט אחרת (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה) * אם כן, פרט
3.	כן / לא	כן / לא	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט
4.	כן / לא	כן / לא	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפגיומים/טיפוס)?
שאלות כלליות על מצב רפואי			
א5.	כן / לא	כן / לא	האם הינך מעשן?
ב5.	כן / לא	כן / לא	במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____
ג5.	כן / לא	כן / לא	במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?
6.	כן / לא	כן / לא	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת /או/ בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה
7.	כן / לא	כן / לא	סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?
8.	כן / לא	כן / לא	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) או בחנו המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): <ul style="list-style-type: none"> <li>מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הטיגטונון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?</li> </ul>
9.	כן / לא	כן / לא	נכות אחוזה נכות מומם מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת בתהליך לקביעת אחוזה נכות /או/ קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון /או/ נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?
10.	כן / לא	כן / לא	בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, CT, MRI, ביופסיה, קולונסקופיה?
11.	כן / לא	כן / לא	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)
12.	כן / לא	כן / לא	ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
13.	כן / לא	כן / לא	תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות /או/ הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:			
14.	כן / לא	כן / לא	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושינוי, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?
15.	כן / לא	כן / לא	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוח) חולץ (TIA), יתר לחץ דם ב-5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פרפריאלי)
16.	כן / לא	כן / לא	בעיה, הפרעה /או/ מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות
17.	כן / לא	כן / לא	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה
18.	כן / לא	כן / לא	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד
19.	כן / לא	כן / לא	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני
20.	כן / לא	כן / לא	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבליב, פי הטבעת
21.	כן / לא	כן / לא	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד
22.	כן / לא	כן / לא	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם /או/ חלבון בשתן
23.	כן / לא	כן / לא	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידיזיס, דום נשימה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת ואלרגיות
24.	כן / לא	כן / לא	מחלות ראוטולוגיות, קמעות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאון, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת רפשיש כרונית, סקלרוזרמה
25.	כן / לא	כן / לא	יש לצרף מסמך רפואי
26.	כן / לא	כן / לא	אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיופניה), פרסס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס)
27.	כן / לא	כן / לא	מערכת עיניים וראיה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אבאטיס, קרטקנוס
28.	כן / לא	כן / לא	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
29.	כן / לא	כן / לא	עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע /או/ גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדיילומה
30.	כן / לא	כן / לא	מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות
31.	כן / לא	כן / לא	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם /או/ הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? _____? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים
מס'	שאלות לרוכש ביטוח תאונות TOP (בלבד) או פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה		
1.	כן / לא	כן / לא	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפגיומים/טיפוס)?
2.	כן / לא	כן / לא	ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס, פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית)
3.	כן / לא	כן / לא	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושינוי
4.	כן / לא	כן / לא	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה /או/ האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם כן, פרט/
שאלות נוספות לרוכש תכנית פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה			
5.	כן / לא	כן / לא	האם אובחנת במהלך חיך בבעיות/ הפרעות/ מחלות אורטופדיות לרבות עמוד שדרה ומפרקים אחרים?
6.	כן / לא	כן / לא	האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית האם רותקת למיטתך כאמור? אם כן פרט/
* פעילות ספורט אחרת הנה - טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאייה באוויר, טיסה בכלי טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אוויר, אגרוף, האבקות, וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה או החלקה על שלג.			

תמונת ראשי _____ שם מועמד ראשי _____ חתימת מועמד ראשי X _____	תמונת שני _____ שם מועמד שני _____ חתימת מועמד שני X _____	תמונת שני _____ שם מועמד שני _____ חתימת מועמד שני X _____
--	---	---

**1. שאלון בריאות לילדים**

שאלות כלליות על מצב רפואי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט			
ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
שם פרטי ומשפחה			
גובה בס"מ (מגיל 14)			
משקל בק"ג (מגיל 14)			

מס'	שאלות	שאלון	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
1.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנינגיטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?	פרוט למי וגיל האבחנה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	נכות אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, MRI, CT, ביופסיה, קולונוסקופיה?	פרטי/את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5.	ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
6.	תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	פרטי/את שם התרופה, והסיבה לנטילתה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

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

7.	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	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
8.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב-5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלית)	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
9.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	שאלון מחלה נפשית	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
10.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	שאלון מחלות דם וקרישה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
11.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הרינון) שומנים, כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	שאלון סוכרת, שאלון שומנים בדם, שאלון בלוטת המגן	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
12.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	יש לצרף דוחות ופנתולוגיה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
13.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלבל, פי הטבעת	מערכת העיכול	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
14.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	שאלון צהבת וכבד	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
15.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	שאלון כליות ודרכי השתן	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
16.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשנה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	שאלון דרכי נשימה/אסטמה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
17.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/אבט, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה	שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
18.	אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרס, מחלת פרקים ינונית (אוסטאוארטרוזיס)	שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
19.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאטיס, קרטקנוס	שאלון עיניים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
20.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מניר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטייט מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	שאלון אף/אוזן/גרון	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
21.	עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	שאלון בעיות עור	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
22.	מחלות מין וידיס/נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות	יש לצרף מסמכים רפואיים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
23.	נשנים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרוין. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	שאלון נשים, שאלון פרוסטטה ואשכים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
24.	האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

**שאלות לרוכש ביטוח תאונות TOP (בלבד)**

מס'	שאלות	שאלון	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
1.	האם אובחנת במחלות/ הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:		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
3.	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה ו/או האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אכן, פרטי/		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

---



---



---



---



---

חתימת המועמד הראשי לביטוח / בעל הפוליסה X

תאריך:

**ז. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמד/ים לביטוח להשיב 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 הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, ישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ידוע לי שקיבולה 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 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 לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממש 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 מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- אני מאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכוני לרכוש וכן, הוצגו בפני דמי הביטוח המופחתים עבור מספר תכניות בריאות אשר נרכשות יחד (להלן מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת) וכן דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח. כמו כן, הובהר לי שבמידה וארכוש מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת, יהיה באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת, והפוליסה תישאר בתוקף כל עוד תיכלל תכנית בסיס אחת לפחות. וכן שבעת ביטול אחת מתכניות הבריאות בפוליסה, תבוטל ההפחתה האמורה בדמי הביטוח בגין מספר תכניות בריאות הנרכשות יחד, ודמי הביטוח יחושבו בהתאם לדמי הביטוח הנהוגים באותה עת עבור תכניות הביטוח שיישארו בתוקף.
- הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבוטל תכנית הבסיס בפוליסה תבוטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפותרופוס 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 תקופת הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או חרוגות לכיסוי הביטוח לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תיקון הביטוח, סכומי הביטוח ובלות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש וחרוגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.

יב. אני מאשר כי הוסכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי, ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.

יג. 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 הנני 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)**

יד.  הרני 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\*

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

**למועמד המבקש לרכוש תכנית ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן - במידה ונרכש**

טו. הכיסי בגין ניתוחים על פי נספח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח) אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי הבריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

טז. להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

יז. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים (מהשקל הראשון) תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

יח. מבטחים שרכשו תכנית זו יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא (מהשקל הראשון) תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

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

	מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
יט. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס לקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות המסורים 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*.				

\* 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

**ח. 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 מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה 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. 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 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 \_\_\_\_\_

**ט. הצהרת הסוכן**

א. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנסמך 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 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:**

- 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.
- בצירוף לפוליסות- תאונות/מחלות/סיעוד**  
אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף י"ד בהצהרות המבוטח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המבוטח להצהרה בסעיף י"ד, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
- 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.
- 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 חחרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין החחרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.
- 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 תכנית הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.

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

# הוראה לחיוב חשבון

פופס 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	ביתוקף 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 למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק וישא 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 \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

- מבקשים זהה להקים בחשבוננו ה"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:
  - עליו 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 שביינינו 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 שביינינו 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 0080261

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבוד 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 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 בהתייבוייתכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

## פרטי המבקש

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_