



קוד מחולל	מספר פוליסה
	מספר חבילה

טופס 12-140

"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 כמעד 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: רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>	ילדים	עיסוק	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
			דוא"ל	

מבוטח משני	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	טלפון
מצב משפחתי: רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>	ילדים	עיסוק	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
כתובת למשלוח דואר: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
(יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת בעל הפוליסה)			דוא"ל	

כתובת הנכס הממושקן: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
--------------------------	---------	----------	------	-------

ב. פרטים לצורך עריכת הביטוח

סוג ההלוואה: קרן פוחתת / סכום ביטוח יורד קרן עומדת במקום / סכום ביטוח קבוע***
 במידה ולא נבחר סוג ההלוואה ברירת המחדל תהיה קרן פוחתת / סכום ביטוח יורד.

הלוואה מספר	1	2	3	4
יתרת הלוואה נוכחית				
יתרת תקופה בשנים*				
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 (במקרה של ריבית קבועה נמוכה מ-2% נדרש אישור הלוואה עקרוני מהבנק המלווה).				
מטרת ההלוואות לדירור	<input type="radio"/> לרכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג'1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה) התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9(ג'1) (2) לחוק. <input type="radio"/> לרכישת קרקע לבניה עצמית או בנייה עצמית, ואין לי נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על מבנה שיבנה בבניה עצמית. <input type="radio"/> למטרה אחרת			

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"/>

אקסטרא LIFE ארועים משפחתיים
 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.

סכום הביטוח צמוד למדד

* יתרת התקופה בשנים הינה גם התקופה עבור כיסוי המבנה.

** במקרה של ריבית משתנה, הריבית השנתית ההתחלתית בתוספת 2.5% לשנה הינה הריבית המשמשת לחישוב השתנות סכום הביטוח לאורך תקופת הביטוח.
 *** יופק בפוליסה נפרדת מסוג ריסק 1 בסכום ביטוח קבוע ולא כחבילת משכנתא.

לידיעתך, יתכן ובמהלך תקופת הביטוח יוצר 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 המועדכן, גובה הריבית המועדכנת, 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="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הדירה משמשת למגורים בלבד? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ש"ח	

שים לב: מנורה אינה מבטחת אלא מבנה דירה אחת בלבד (ולא דירה מפוצלת) המשמשת למגורים בלבד.

- כיסוי לנזקי רעידת אדמה למבנה - כלול (השתתפות עצמית לרעידת אדמה - 10% מסכום הביטוח)
 - כיסוי לנזקי מים ונזולים אחרים - כלול: באמצעות ספק שרות שמציע המבוטח באמצעות שרברב פרטי
 - כיסוי לביטוח אחריות כלפי צד שלישי - כלול **גבולות אחריות: 1,000,000 ש"ח**
- העסיפים המסומנים לעיל מהווים ברירת המחדל בחבילה שיוקית זו. המעוניינים לרכוש ביטוח מבנה במסלול שונה, מוזמנים לפנות לסוכן הביטוח ולבקש מידע בדבר אפשרויות נוספות.

"פא" 03/2023

ח. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, במקש 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 לענייני זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו 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 שחוזה 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.
- המידע נמסר מרצוני ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח לרבות צרכי חיתום, ההחלטה אם להתקשר בהסכם ביטוח, ניהול סיוכונים, תמחור הפוליסה וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין.

לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <http://www.menora.click/privacypolicy>

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. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- אישור מועמדים לביטוח שביצע 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 הנינו 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 קיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

- 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 ביד, 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

אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים^[1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למצוינתן ו/או שירותיהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכות מנורה מבטחים (אם יש) ללא שינוי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ר או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>

[1] לרבות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.א.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

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

א. הליך צירוף לביטוח – ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הבירור והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח – במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.

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

ט. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נתן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לי "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: "המדיע") 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 ככל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו 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 ביצעת 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.
- ככל שהנך אזרח ותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, ככל שמירת נפשו ו' לחוזר צירוף לביטוח ("תמצית תנאי הביטוח") ועמידה בהוראות שיווק ביטוח באופן יזום.
- במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין החרגות 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.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת פוליטה)**
ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח
 - באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג'.
 - באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.
- במידה ובוצעה פעולה כלשהי מול המועמד/ת לביטוח באמצעות שיחה טלפונית, השיחה תועדה בהקלטת שמע

תאריך: _____ שם סוכן X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X

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

יא. הצהרת בריאות ביטוח חיים

מבוטח ראשי			מבוטח משני		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		תאריך לידה
מס' _____	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון		
יש לענות על השאלות שלהלן בסימון V בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית יש לצרף שאלון מתאים שמספרו מופיע בסוגריים () בגוף ההצהרה. במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודה רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה יש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצב הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.					
האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית /או תחביב מסוכן? לרשימת פעילויות הספורט/תחביבים אתגריים/מסוכנים יש לפנות לאתר מנורה. במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים					
האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס					
מס' _____	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון		
שאלות כלליות על מצב רפואי					
מבוטח ראשי: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____			מבוטח משני: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____		
האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא					
האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא					
במידה וכן נא פרט: <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> סיגרים <input type="radio"/> נרגילה <input type="radio"/> סיגריה אלקטרונית <input type="radio"/> מספר סיגריות ביום: _____					
לתשומת לבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.					
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט					
1.	האם הינך שותה כיום או שתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? (1)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון אלכוהול-1	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2.	האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי) (2)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון סמים-2	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3.	מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיימה: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות /או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות /או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
מס' _____	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון		
האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה קדומה, באתר או יותר מהנושאים המפורטים להלן:					
4.	מח ומע' עצבים: <input type="radio"/> מערכת העצבים* <input type="radio"/> מוח* <input type="radio"/> טרשת נפוצה* <input type="radio"/> תסמונת דאון* <input type="radio"/> נירופיברומטוזיס* <input type="radio"/> גושה* <input type="radio"/> ניוון שרירים* <input type="radio"/> אפילפסיה (3) <input type="radio"/> פרקינסון* <input type="radio"/> האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות*?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון אפילפסיה-3	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5.	לב, מחלות דם וכלי דם: <input type="radio"/> לב (4) <input type="radio"/> מחלת דם* <input type="radio"/> תסחיף ריאתי* <input type="radio"/> מפרצת/AVM* <input type="radio"/> הפרעות קרישה (5) <input type="radio"/> DVT (5) <input type="radio"/> PVD <input type="radio"/> חסימה בעורקי צוואר (קרטיס)*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון כלי דם-4	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחורדה (7)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון מצב נפשי-7	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
7.	המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="radio"/> לחץ דם(6) <input type="radio"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="radio"/> כולסטרול(9) <input type="radio"/> סטריגליצ'רידים(9)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון לחץ דם-6	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
8.	סרטן וגידולים שפירים: <input type="radio"/> מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים* <input type="radio"/> גידולים שפירים (11) <input type="radio"/> גידולים טרום סרטניים*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון גידולים שפירים-11	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
9.	מע' עיכול: <input type="radio"/> קיבה(12) <input type="radio"/> מעיים(12) <input type="radio"/> וושט(12) <input type="radio"/> טחול* <input type="radio"/> בלבב(12) <input type="radio"/> מחלת כבד(13) <input type="radio"/> צהבת(13) <input type="radio"/> כבד שומני(13) <input type="radio"/> פיסטולה <input type="radio"/> קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון מע' העיכול-12	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
10.	ריאות ונשימה: <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)* <input type="radio"/> סיטיק פיברוזיס*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון ריאות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11.	כליות ודרכי שתן: <input type="radio"/> כליות (15) <input type="radio"/> מערכת דרכי השתן (15) <input type="radio"/> שלפוחית שתן (15) <input type="radio"/> בלוטת ערמונית (23)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון כליות ודרכי שתן - 15	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
12.	מחלות זיהומיות/דלקתית/מע' חיסון: <input type="radio"/> איידס/נשאות HIV* <input type="radio"/> שחפת* <input type="radio"/> סרקואידוזיס* <input type="radio"/> סקלרוזרמה*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון גברים - 23	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות					
13.	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
14.	האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
15.	האם טופלת /או מטופל כעת בתרופות קבועות או הומלץ לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות במידה וכן נא פרט: שם התרופה: _____ האבחנה בגינה מטופל/הומלץ טיפול: _____	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
מס' _____	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון		
ברכישת שווה לעתיד משלים יש לענות גם על השאלות הבאות					
16.	עיניים: <input type="radio"/> קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) <input type="radio"/> מחלה/בעיה בעיניים (21) <input type="radio"/> אובאיטיס* <input type="radio"/> עיוורון (21)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון עיניים-21	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
17.	אף/אוזן/גרונ: <input type="radio"/> אוזניים (22) <input type="radio"/> ליקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="radio"/> טיטנון <input type="radio"/> מחלת מנייר <input type="radio"/> אף (22) <input type="radio"/> גרון (22) <input type="radio"/> מיתרי הקול (22)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון אף-אוזן-גרונ-22	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
18.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="radio"/> FMF <input type="radio"/> קדחת ים תיכונית משפחתית (16) <input type="radio"/> פיברומיאליגיה* <input type="radio"/> תסמונת העייפות הכרונית* <input type="radio"/> לופוס (זאבת)* <input type="radio"/> גאוס/היפראוריצימיה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון FMF - 16	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
19.	אורטופדיה: <input type="radio"/> גב ועמוד שדרה (17) <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="radio"/> שברים (19) <input type="radio"/> ברכיים (18) <input type="radio"/> מרפקים (18) <input type="radio"/> כתפיים (18) <input type="radio"/> מפרקי ירכיים (18) <input type="radio"/> קרסוליים (18) <input type="radio"/> מחלת מפרקים/דלקת פרקים*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון עמוד שדרה-17	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
20.	שאלון נשים: <input type="radio"/> רחם (24) <input type="radio"/> שחלות/חצוצרות (24) <input type="radio"/> גידולים בשדיים (24) <input type="radio"/> אנדומטריוזיס <input type="radio"/> האם את בהריון כעת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> משקלך לפני ההריון:	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון נשים-24	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
21.	האם הינך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודות/הליכה /או הינך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X			תאריך: _____ חתימת מועמד משני X		

אפי" 03/2023

הוראה לחיוב חשבון

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	01 20		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד:
פרטי המשלם	שם מלא	ת.ז.	דוא"ל
			מס' טל' נייד:
			קרבה למבוטח

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד	מספר זהות מס' ב'	שם בעל כרטיס אשראי	מס' ב'
מספר כרטיס אשראי		כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד			

שובר זה נחתם על-ידי בלי נקוב 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 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	ת.ז.
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 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 הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לביטול 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, לביטול חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	ת.ז.
614			

לכבוד: **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**
ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

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 בהתייבויותם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחותמת