

מספר חבילה

קוד מחולל

הצעה לביטוח חיים (פרט)

טופס 100-17

מספר הסוכן	שם הסוכן	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 ○ זכר ○ רווק ○ אלמן ○ ילדים
	○ נקבה ○ נשוי ○ גרוש
כתובת	רחוב מס' בית מס' דירה יישוב מיקוד
טלפון	
דוא"ל	
קופ"ח	
מקצוע	
עיסוק בפועל	

* לכיסוי מחלות קשות ניתן להצטרף באמצעות תעודת זהות בלבד (לא באמצעות דרכון).

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

מבוטח משני**	מבוטח ראשי	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	
ש"ח _____	ש"ח _____	80	○ ריסק (1)
ש"ח _____	ש"ח _____	80	○ ריסק 15 (ריסק בהנחה עולה)**
○	○	65	○ עוד בחיים
○	○	55	○ אקסטרה Life *** אירועים משפחתיים כיסוי נוסף ל: ריסק 1
○	○	80	○ חוסכים בטוח ****
ש"ח _____ ניתן לרכוש 100,000-300,000 ש"ח	ש"ח _____ ניתן לרכוש 100,000-300,000 ש"ח	75	○ קרן אור טופ (מחלות קשות)**

"אפי" 01/2023

* תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי ** ההפקה תבצע בפוליסה נפרדת.

*** רכישת נספח אקסטרה Life כפופה לכך שההצטרפות לכיסוי הביטוחי למקרה מוות בתכנית הביטוח במסגרתה נרכש הנספח תהיה בתנאים רגילים (ללא כל סייג או תוספת הנובעים מחיתום, לרבות תוספת שבטול עקב הטבות או הנחות).

**** הוספת חוסכים בטוח מתאפשרת רק לרכישת כיסוי ביטוחי למקרה מוות, ריסק 1/ריסק 15.

יסכום הביטוח צמוד למדד, הצעת הביטוח אינה מתאימה למקרים של קרן פוחתת/סכום ביטוח יורד. במקרים אלו, יש לרכוש את הכיסויים על גבי טופס ייעודי למשכנתא.

ה. רצף הכנסה (יירכש עבור מבוטח ראשי בלבד)

סכום הפיצוי החודשי	תקופת הביטוח בשנים	שם מלא של המוטב	מס' זהות של המוטב	תאריך לידה של המוטב	קרבה למבוטח

ו. נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלים)

מבוטח ראשי	מבוטח משני
○ שווה לעתיד משלים פלוס 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (לכל ההגדרות העיסוקיות) ○ שווה לעתיד משלים טופ 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מקצועיות)	○ שווה לעתיד משלים פלוס 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (לכל ההגדרות העיסוקיות) ○ שווה לעתיד משלים טופ 6 חודשי המתנה בפרמיה משתנה (עבור עיסוקים שהם צווארון לבן ללא תוספות מקצועיות)

ז. מטריה טופ - ביטוח משלים לביטוח נכות בקרן הפנסיה (יירכש כפוליסה יסודית)

מבוטח ראשי	מטריה טופ - שלושה חודשי המתנה בפרמיה משתנה
שכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי פיצוי חודשי של 75%.	○ יש לבחור אחד או יותר מכיסויי הבסיס הבאים: ○ כיסוי להגדרת מקרה ביטוח לפי עיסוק ספציפי ○ כיסוי לביטול תקופת אכשרה ○ כיסוי ביטול קיזוז* ○ הרחבות למטריה טופ (יחולו על כל כיסויי הבסיס שנבחרו): ○ תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה). ○ הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים ○ הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי ○ 1% לשנה ○ תשלום נוסף במקרה סיעוד (ניתן לרכישה עבור תקופת אכשרה וביטול קיזוז בלבד)
1. אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2018-1-8 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית.	** תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה/גידול שכר מעבר לגג חתם בקרן הפנסיה: (בהעדר תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה יקבע תאריך ההצטרפות כתאריך תחילת הביטוח לכיסוי מטריה טופ. בהתאמה, תום תקופת האכשרה תהיה בתום 5 שנים מהמועד האמור). * כיסוי לביטול קיזוז קצבת הנכות ע"י קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי. ** רלוונטי רק לכיסוי לביטול תקופת אכשרה.
2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, ויפנה אם לא ירכוש את ההרחבה.	הערות: השכר המבוטח בקרן הפנסיה יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי החודשי בשיעור הפיצוי החודשי. בהעדר שיעור דמי גמולים בטופס ההצעה, יקבע שיעור דמי גמולים על 20.83%. גובה דמי הגמולים יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי בשיעור הפיצוי החודשי (75%) והכפלה בשיעור דמי הגמולים. במידה שבעתיד ינוידו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבוטח להודיע על כך לחברה. במידה ולא נבחר גיל תום, הכיסוי יסתיים בגיל 67.
* במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית	

ח. טופ לעתיד - שחרור

מבוטח ראשי	מבוטח משני
○ טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה*, ** ○ הרחבות לשחרור: ○ הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) ○ קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. ○ תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה). ○ (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).	○ טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה*, ** ○ הרחבות לשחרור (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) ○ קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. ○ תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצי'זה). ○ (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).
* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67. ** עבור כיסויים ביטוחיים, למעט מטריה טופ וקרן אור טופ.	

ט. מוטבים (עבור כיסוי ריסק*)

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**

* 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 וחסיכון 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.

לידעתך, 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 מבוטחים שנספרו, לאתר חסיכונות 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.

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הינך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד מהאמצעים המפורטים מטה. 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.

1. הצהרת המועמדים לביטוח חיים ובריאות

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה").

אני מצהיר בזאת כי:

- כל התשובות המפורטות בהצהרה 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 בהצהרה 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 בה כן קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחובה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה שלומה 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 מרוכז ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח 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 לד"ן. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

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.
- 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 המועמדים 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 הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

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

הצהרת מועמד לביטוח וקיומה של פוליסת פיצוי המבטחת מקרה 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 גבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
- הריני מאשר כי ברונתי 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 ואו 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/ם לא מסכימיה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים^[1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צרכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למצורחן/ן ואו 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"ל 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 ואו חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמיך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ואו הליך החיתום עבור המועמדים שדרש בגינם המשך בירור ואו חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ואו החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.

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

יא. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נתון בזה רשות למוסד הרפואי ואו לעובדיכם ואו 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 ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר ואו שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני שמחר אתכם ואו את עובדיכם ואו כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו מחלתי כ"ל מיותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ואו חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ואו כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוסטרופוס 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 _____

יב. 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/צרכיה.
- ככל שהגן אזרח ותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, כולל מסירת נספח 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 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.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שדרש לבטלה)**
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 וחותמה - נספח ג'.
 - באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטוח להחברת 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

מספר הצהרה 201

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

י.ג. 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			מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה			תאריך לידה
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>יש לענות על השאלות שלהלן בסיוע V בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית יש לצרף שאלון מתאים שמספרו מופיע בסוגריים () בגוף הצהרה. במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודה רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה יש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.</p>					
<p>האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או תחביב מסוכן? לרשימת פעילויות הספורט/תחביבים אתגריים/מסוכנים יש לפנות לאתר מנורה. במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים</p>					
<p>האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס</p>					
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>מבטח ראשי: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____</p> <p>מבטח משני: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____</p>					
<p>מבטח ראשי: האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>מבטח משני: האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>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: _____</p>					
<p>לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.</p>					
<p>בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט</p>					
<p>1. האם הינך שותה כיום או שתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? (1)</p>					
<p>2. האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי) (2)</p>					
<p>3. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיימה: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או אבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק מעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית</p>					
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>4. מח ומע' עצבים: <input type="radio"/> מערכת העצבים * מוח * טרשת נפוצה * <input type="radio"/> תסמונת דאון * <input type="radio"/> נורופיברומטוזיס * <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? *</p>					
<p>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 (קרוטיס)</p>					
<p>6. בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)</p>					
<p>7. המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="radio"/> חלחך דם (6) <input type="radio"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="radio"/> כולסטרול (9) <input type="radio"/> סטריגליצ'רדים (9)</p>					
<p>8. סרטן וגידולים שפירים: <input type="radio"/> מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים * <input type="radio"/> גידולים שפירים (11) <input type="radio"/> גידולים סרטניים *</p>					
<p>9. מע' עיכול: <input type="radio"/> קיבה (12) <input type="radio"/> מעיים (12) <input type="radio"/> וטש (12) <input type="radio"/> טחול * <input type="radio"/> לבלב (12) <input type="radio"/> מחלת כבד (13) <input type="radio"/> צהבת (13) <input type="radio"/> כבד שומני (13) <input type="radio"/> פייסטולה <input type="radio"/> קרוהן/קויליטיס/פרוקטיטיס (12)</p>					
<p>10. ריאות ונשימה: <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה) * <input type="radio"/> סיסטיטיס פיברוזיס *</p>					
<p>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)</p>					
<p>12. מחלות זיהומיות/דלקתיות/מע' חיסון: <input type="radio"/> איידס/נשאות HIV * <input type="radio"/> שחפת * <input type="radio"/> סרקואידוזיס * <input type="radio"/> סקלרודרמה *</p>					
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>13. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות</p>					
<p>14. האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב 5 השנים האחרונות? (25) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות</p>					
<p>15. האם טופלת ו/או מטופלת כעת בתרופות קבועות או הומלץ לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות במידה וכן נא פרט: שם התרופה: _____</p> <p>האבחנה בגינה מטופל/הומלץ טיפול: _____</p>					
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>16. ברכיית שחרור ו/או שנוה לעתיד משלים ו/או מטריה טופ יש לענות גם על השאלות הבאות: <input type="radio"/> 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)</p>					
<p>17. אף/אוזן/גרונן: <input type="radio"/> אוזניים (22) <input type="radio"/> ליקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="radio"/> טינטון <input type="radio"/> מחלת מנייר <input type="radio"/> אף (22) <input type="radio"/> גרון (22) <input type="radio"/> מיתרי הקול (22)</p>					
<p>18. ראוטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="radio"/> FMF קדחת ים תיכונית משפחתית (16) <input type="radio"/> פיברומילגיה * <input type="radio"/> תסמונת העייפות הכרונית * <input type="radio"/> לופוס (זאבת) * <input type="radio"/> גאוט/היפראוריזימיה</p>					
<p>19. אורטופדיה: <input type="radio"/> בג 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 *</p>					
<p>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"/> משקלך לפני ההריון: _____</p>					
<p>21. האם הינך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת/הליכה ו/או הינך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>					
מס' מבוטח ראשי		מס' מבוטח משני		שאלון	
<p>22. ברכיית קרן אור טופ יש לענות גם על השאלה הבאה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) אובחנו אחת או יותר מהמחלות הבאות? <input type="radio"/> מחלת לב <input type="radio"/> סרטן המעי הגס <input type="radio"/> סרטן שחלות <input type="radio"/> סרטן השד <input type="radio"/> סרטן ערמונית <input type="radio"/> סוכרת <input type="radio"/> כליות פוליציסטיות <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> הנטינגטון <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אלצהיימר</p>					
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X			תאריך: _____ חתימת מועמד משני X		

הוראה לחיוב חשבון

טופס 5-10
6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

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

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס 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 מסלקה בנק	מנורה מבטחים
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף _____	לכבוד בנק _____
			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/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו 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.
 - 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.
 - 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 שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענה 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, 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 מסלקה בנק	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף _____	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 מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-דכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____