



מספר פוליסה
מספר תיק

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הצעה לביטוח סיעודי

מעודכן לחודש 09/2019

טופס 12-25
6400000275

(מידע רגיש)

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

מספר הסוכן	שם הסוכן	<table border="1"> <tr> <td>20</td> </tr> </table> <p>תאריך מבוקש לתחילת ביטוח</p> <p>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). יובהר כי, מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה החתום במשרדי המבטח.</p>	20	חותמת תאריך קבלה בחברה
20				

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף הצהרת המועמדים לביטוח + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

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

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (יש למלא רק אם שונה מהמועמד הראשי)						
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	ילדים
כתובת	מס' טלפון	מס' טל' נייד	דוא"ל			

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"/> אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	מועמד ראשי
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	מועמד שני
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		עד גיל 18
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	כתובת מגורים של המועמד הראשי
יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת מועמד ראשי:						כתובת מגורים של המועמד השני
			עיסוק	מס' טלפון נייד		מועמד ראשי (חובה למלא)
			עיסוק	מס' טלפון נייד		מועמד שני (חובה למלא)
שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים)		שם רופא מטפל		
מועמד ראשי						
מועמד שני						
ילדים						

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז 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. לידיעותך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

ב. 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 x _____

תדירות התשלום: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתי
מועד גביה: אשראי 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות ביטוח סיעודי אנא סמן ב-ב את התכנית המבוקשת						
מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	הבטחה לעתיד
50 30	50 30	50 30	50 30	50 30	50 30	תקופת פיצוי (בשנים)
חודש 3 חודשיים	חודש 3 חודשיים	חודש 3 חודשיים	חודש 3 חודשיים	חודש 3 חודשיים	חודש 3 חודשיים	תקופת המתנה
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)
הבטחה לעתיד משלים - תקופת פיצוי - כל החיים						
60 36	60 36	60 36	60 36	60 36	60 36	תקופת המתנה (בחודשים)
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 36 או 60 חודשים, משלמה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת התשלום בפוליסת הסיעוד, בצמידות לפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על-מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל-פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 5 שנים בהן היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי.
- הובא לידעתי דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו www.menoramivt.co.il ונמסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישתך.
- לרוכשים ביטוח "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 30/60 חודשים, יש למלא את נוסף א' (הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים).

ד. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמדים לביטוח להשיב ולחתום בהתאם.

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח
אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("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 בהצהרה ו/או בהצטרפת 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 בהצהרה ו/או בהצטרפת 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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ידוע לי שקיבלתי או דחייתי את 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 ושירותים הקשורים אליה.
- ידוע לי שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה 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.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן 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 במועד 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. אלה הם מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרת אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- הובהר לי שכתבתי לביטוח נוספת ניתנת לרכישה כפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבטל תכנית הבסיס בפוליסה תבטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה. אני מאשר כי כל ההצטרפות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאמור טבעי שלהם.
- 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 ששירתו בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה הליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס ממועמד שני יופק כמבוטח ראשי.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי 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 עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, ערכי הסילוק, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש והחרגות לרבות עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
- אני מאשר כי הוסק בירר את צורכי וביצע עובירי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ו/או הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ובמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה גם בהתייחס אליהן ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- 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 הני 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)**

- 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;
 - 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*
 - הריני מאשר כי בכונתי לבטל פוליסה קיימת בידי, 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

- אופן משלוח דיווחים ומסמכים - דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד.**
מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דוא"ל ישראלי בליווי מסרון לטלפון הנייד - יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים: _____
כתובת מועמד ראשי _____
כתובת מועמד שני _____
באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה <http://www.menoramivt.co.il> כבתובת _____
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

מועמד ראשי	מועמד שני
כן / לא	כן / לא

טו. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך יעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי 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 רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור*.

* החתימה על טופס זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

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	בכל שאלה סמן ב' בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט
		שם פרטי ומשפחה	
		גובה בס"מ	
		משקל בק"ג	
שאלון תחביבים			
מועמד ראשי	מועמד שני	שאלון	שאלות
כן / לא	כן / לא	שאלון תחביבים מתאים	1. האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה?
כן / לא	כן / לא	שאלון טיס	2. האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרי (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה) * אם כן, פרט
כן / לא	כן / לא		3. האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט
כן / לא	כן / לא		4. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/טיפוס)?
שאלות כלליות על מצב רפואי			
כן / לא	כן / לא		5. האם הינך מעשן?
כן / לא	כן / לא		6. במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____
כן / לא	כן / לא		7. במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?
כן / לא	כן / לא	שאלון אלכוהול	8. אלכוהול: צריכת אלכוהול קעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר
כן / לא	כן / לא	שאלון סמים	9. סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?
כן / לא	כן / לא	פרוט למי וגיל האבחנה	10. היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: <input type="checkbox"/> מחלות לב, <input type="checkbox"/> שבץ מוחי, <input type="checkbox"/> סרטן המעי הגס, <input type="checkbox"/> סרטן שחלות, <input type="checkbox"/> סרטן שד, <input type="checkbox"/> סוכרת, <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות, <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה, <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה, <input type="checkbox"/> ניוון שרירים, <input type="checkbox"/> מחלת הנטיגטון, <input type="checkbox"/> מחלות נפשיות, <input type="checkbox"/> מחלת פרקינסון, <input type="checkbox"/> מחלת אלצהיימר?
כן / לא	כן / לא		11. 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?
כן / לא	כן / לא	פרטי/ את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	12. מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הפנית במהלך 3 השנים האחרונות ו/או האם הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צינתור כלי דם, צינתור כליות, מיפוי לב/עצמות/ כליות, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם מסוּי, קולונסקופיה, גסטרוסקופיה?
כן / לא	כן / לא		13. אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)
כן / לא	כן / לא	פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לנטילתה	14. ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
כן / לא	כן / לא		15. תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:			
כן / לא	כן / לא	שאלון מערכת העצבים	16. 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?
כן / לא	כן / לא	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם	17. 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 (פריפריאלי)
כן / לא	כן / לא	שאלון מחלה נפשית	18. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות
כן / לא	כן / לא	שאלון מחלות דם וקרישה	19. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה
כן / לא	כן / לא	שאלון סוכרת	20. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד
כן / לא	כן / לא	שאלון שומנים בדם	21. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני
כן / לא	כן / לא	שאלון בלוטת המגן	22. מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת
כן / לא	כן / לא	יש לצרף דוחות ופתולוגיה	23. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד
כן / לא	כן / לא	שאלון מערכת העיכול	24. מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן
כן / לא	כן / לא	שאלון צהבת וכבד	25. מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואיזיס, דום נשימה בשנה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות
כן / לא	כן / לא	שאלון דרכי נשימה/אסטמה	26. מחלות ראוטולוגיות, רקמת חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזדמה
כן / לא	כן / לא	שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור	27. יש לצרף מסמך רפואי
כן / לא	כן / לא	שאלון גב ועמוד שדרה	28. אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)
כן / לא	כן / לא	שאלון עיניים	29. מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס
כן / לא	כן / לא	שאלון אף/ אוזן/ גרון	30. מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מניר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה
כן / לא	כן / לא	שאלון בעיות עור	31. עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, גנע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קנדידילומה
כן / לא	כן / לא	יש לצרף מסמכים רפואיים	32. מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות
כן / לא	כן / לא	שאלון נשים	33. לנשים: 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 _____?
כן / לא	כן / לא	שאלון פרוסטטה ואשכים	34. לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים
כן / לא	כן / לא		35. האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר?
כן / לא	כן / לא		36. האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, לשלוט על סוגרים, ניידות או הליכה או הנך משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלה, אגא פרט וצרף מסמכים רלוונטיים
* פעילות ספורט אתגרית הינה- טיפוס הרים, טיפוס על עוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאיה באוויר, טיסה בכלי טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אויר, אגרוף, האבקות, וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה או החלקה על שלג.			

מועמד ראשי	אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:	מועמד שני	אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
שם	_____	שם	_____
תאריך:	_____	תאריך:	_____
חתימת מועמד ראשי X	_____	חתימת מועמד שני X	_____

מספר זהות	מספר פוליסה
-----------	-------------

1. שאלון בריאות לילדים

שאלות כלליות על מצב רפואי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד בכל שאלה סמן ב 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)					
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 הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?	פרוט למי וגיל האבחנה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2. נכות אחוזה נכות 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 / ממשד הביטחון?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3. מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך 3 השנים האחרונות /או האם הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות /או האבחנותיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צינתור כלי דם, צינתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביוספיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?	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 עורך באשפוז או בדיקה פולשנית?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
5. ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלך לך לעבור ניתוח?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
6. תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות /או הומלך 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 /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 (פריפריאל)	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
9. בעיה, הפרעה /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 הריון) 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 ופתולוגיה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
13. מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	שאלון 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, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם /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, סרקואידיזיס, דום נשימה בשונה, 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 גאוס, לופוס/זאבת, 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/צועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (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, אובאיטיס, קרטקנוס	שאלון עיניים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
20. מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, 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 /או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	שאלון בעיות עור	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
22. מחלות מין ואיידס/ 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. נגשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם /או הנרתיק, בעיות פריין. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע?	שאלון נשים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
24. לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	שאלון פרוסטטה ואשכים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
25. האם יש בעיות התפתחות /או ליקוי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD /או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
26. האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר?		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
27. האם הנך מוגבל בעקבות מחלה או תאונה בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, לשלוט על סוגרים, ניידות או הליכה או הנך משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלה, אנא פרט וצרף מסמכים רלוונטיים		כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

חתימת המועמד הראשי לביטוח
בעל הפוליסה X

תאריך: _____

ז. 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 צויינו, אם צויינו 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 _____

ח. הצהרת הסוכן

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

1. 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.

2. בצירוף לפוליסות- תאונות/מחלות/סיעוד

אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף י"ד בהצהרת המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד לביטוח, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.

3. 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.

4. 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 חריגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-7-1, גם השוואה בין החריגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.

ד. 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 2016-7-1 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות-2015-1-20.

תאריך: _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן **X**

נספח א' לרוכשים ביטוח סיעודי הבטחה לעתיד משלים הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי

א. הצהרת מועמד ראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך תקופת ההמתנה כפי שסומן לעיל.
החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד: _____ חתימה: X _____

ב. הצהרת מועמד שני

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך תקופת ההמתנה כפי שסומן לעיל.
החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד: _____ חתימה: X _____

ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, ילדי לא יהיו זכאים לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לילדי תגמולי ביטוח רק לאחר שיהיו במצב סיעודי במשך תקופת ההמתנה כפי שסומן לעיל.
החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד/ים: _____ חתימת המועמד הראשי/שני: X _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

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

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	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
מספר כרטיס אשראי			כתובת: ישוב רחוב	מס' מיקוד

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 מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
614			



לכבוד בנק _____ סניף _____
 כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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 _____ מספר 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).

- 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/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	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
614			

אישור הבנק - חתימה וחתימת

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

קבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה רשמנו לפינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מגיעה חוקית או אחרת לביצוע 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 בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם

תאריך _____ בנק _____ סניף _____