



מספר חבילה
קוד מחולל

## הצעה לביטוח חיים (פרט) ריסק אנשי מפתח / שותפים

טופס 102-1

חתימת 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 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 מבוטח ראשי

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה	מין, מצב משפחתי
				מין ○ זכר ○ נקבה ○ אלמן ○ נשוי ○ גרוש
כתובת	רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב
				מיקוד
טלפון	דוא"ל	קופ"ח	מקצוע	עיסוק בפועל

### ג. אופן התשלום

**אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:**

○ כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) ○ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") ○ הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) ○ הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו: הרחיב 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 ראשי	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל 80	○ ריסק (1)
ש"ח _____	* _____	

\* אנשי מפתח- תקופת הביטוח עד 10 שנים ולא יותר מגיל 80.

סכום 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. נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלים)

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

**ו. טופ לעתיד - שחרור**
**מבוטח ראשי**

○ 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 המתנה (פרנצ'יזה).
- (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.

**ז. מוטבים (עבור כיסוי ריסק)\***

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

 מבוטח ראשי  
 במות המבוטח  
 לפני תום  
 תקופת  
 הביטוח

\* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו הירושים החוקיים. \*\* במידה ולא נמסרו % חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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](mailto:Har.bit@menora.co.il). לידעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנפטרו, לאתר חסכוניות 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](http://www.menoramivt.co.il). יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

סוג הביטוח המבוקש	תקופת הביטוח	בעל הפוליסה
○ אנשי מפתח ○ שותפים		
המוטבים	משכורת חודשית של המועמד לביטוח	
○ משפחה ○ חברה ○ משקיעים ○ אחר (יש לציין זיקה למועמד לביטוח)		לחודש

**ח. ביטוח אנשי מפתח**

שם החברה או השותפות	במה עוסקת החברה	מספר עובדים בחברה
תאריך יסוד החברה	וותק איש מפתח בחברה	לכמה שנים מיועד הביטוח
		○ 10 שנים ○ 5 שנים ○ אחר _____

**חברה ותיקה: המחזור והרווח הנקי (לאחר מיסים ותשלומים) השנתי (לא מצטבר) של החברה בשלוש השנים האחרונות (פרט באיזה מטבע):**

מטבע	שנת _____	שנת _____	שנת _____
מחזור			
רווח/הפסד			

האם המועמד לביטוח או משפחתו בעלי מניות בחברה, במידה וכן נא פרט \_\_\_\_\_

תיאור תפקיד המועמד בחברה ומדוע נחשב לאיש המפתח בחברה:

\_\_\_\_\_

מדוע נבחר סוג זה של ביטוח, מי דורש את הביטוח? \_\_\_\_\_

כיצד חושבו סכומי הביטוח ומי קבע את סכומי הביטוח המבוקשים (מדוע יגרם לחברה הפסד בסכום המבוקש בהעדר איש המפתח). נא פרט:

נדרש על ידי המשקיעים עבור \_\_\_\_\_ אנשי מפתח. סכום ההשקעה הינו \_\_\_\_\_

נדרש על ידי החברה, מבוסס על \_\_\_\_\_

עלות החלפת איש מפתח \_\_\_\_\_

מבוסס על רווחי החברה

אחר

האם בחברה יש בפועל פוליסת אנשי מפתח לאנשי מפתח אחרים בחברה או כוונה לעשות ביטוח אנשי מפתח נוסף, פרט למי ועל איזה סכום

יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. חברות שלא הוקמו השנה:  מאזן אחרון
2. ביטוח נדרש על ידי משקיעים:  הסכם ההשקעה הכולל בין היתר פרטי המשקיעים וסכום ההשקעה  אישור קבלת הכספים בפועל בחשבון הבנק של החברה
3. בחישוב לפי מכפלות שכר יש לצרף הוכחה על הכנסה (תלושי 106 ו/או תלושי שכר).

### ט. ביטוח שותפים

כמה שותפים קיימים בחברה ומהו החלק באחוזים של כל שותף?

מהו הערך נטו של השותפות או שווי השותפות (יש לצרף אשור מרו"ח על שווי השותפות או מאזן אחרון של החברה)

האם קיים בפועל הסכם שותפות כלשהו?

מי המוטב?

כיצד חושב סכום הביטוח המבוקש?

האם הצעה זו מחליפה פוליסה קיימת אחרת, נא פרוט (סכום שיבוטל וסכום שנשאר ומה הסכום החדש):

### י. סכומי ביטוח קיימים בכל החברות (סעיף חובה):

שם חברת הביטוח	סכום ביטוח (קיים)	מטרת ביטוח החיים הקיים (משכנתאות/הגנת משפחה/אנשי מפתח)	מוטבים (בנק/משפחה/העסק)	תאריך סיום הכיסוי	סה"כ בחברה	האם הפוליסה תבוטל	סכום הביטוח לאחר ההקטנה (במידה והפוליסה לא תבוטל)
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
						כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

10/22 "אפי"

**יא. הצהרת המועמד לביטוח חיים**

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 יישמשו בסיס לחיזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- המידע נמסר מרצונך 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 לדין. 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 \_\_\_\_\_

**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 שביצעו החלפת פוליסות** (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריתת החוזה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הוגשו מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי לביטוח X \_\_\_\_\_

**הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסה אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)**

ט. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:

- (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי
- (2) במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות \*

הריני מאשר כי בכונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול 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 \_\_\_\_\_

י. אני **0 מסכימה/0 לא מסכימה** להעברת המידע אודותיי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים<sup>[1]</sup> לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצרין 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.אר.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי לביטוח X \_\_\_\_\_

**יב. כתב ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ואו לעובדיכם ואו 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 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 משחרר אתכם ואו את עובדיכם ואו כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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 חסני יש לוודא שהחותם הינו האפוסטרופוס החוקי).**

שם מבוטח ראשי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

**פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מס' רשיון \_\_\_\_\_ חתימת עד \_\_\_\_\_

**יג. הצהרת סוכן**

- אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
- אני מצהיר בזאת כי ביצעתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
- ככל שהנך אזרח ותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, כלל 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 שנדרש 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 וחתימה - 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 \_\_\_\_\_

"אפי" 11/2022

שם בעל הפוליסה	מס' הזהות/דרכון	מס' פוליסה
----------------	-----------------	------------

## מספר הצהרה 201

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

### יא. הצהרת בריאות ביטוח חיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין מין    זכר    נקבה	תאריך לידה	שם
<b>מבטוח ראשי</b>					
מס'	שאלון	מבטוח ראשי			
<p>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 דיומת מ 5 השנים האחרונות.</p>					
	האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או תחביב מסוכן?	כן    לא			
	האם הניך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?	כן    לא			
<b>שאלות כלליות על מצב רפואי</b>					
מס'	שאלון	מבטוח ראשי			
<p>גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____</p> <p>האם הניך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות?    כן    לא</p> <p>במידה וכן נא פרט:    סיגריות    סיגרים    נרגילה    סיגריה אלקטרונית    מספר סיגריות ביום: _____</p> <p>לתשומת לבך, 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>					
<b>בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט</b>					
1.	האם הניך שותה כיום או שתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? (1)	כן    לא	שאלון אלכוהולי-1		
2.	האם הניך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)? (2)	כן    לא	שאלון סמים-2		
3.	מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיימה: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא חלקל ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית	כן    לא	שאלון		
<b>האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:</b>					
4.	מח ומע' עצבים: מערכת העצבים*    מוח*    טרשת נפוצה*    תסמונת דאון*    ניוורופירומטוזיס*    גושה*    ניוון שרירים*    אפילפסיה (3)    פרקינסון*    האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון 3-3 השנים האחרונות*    לב, מחלות דם וכלי דם: לב (4)    מחלת דם*    תסחיף ריאתי*    מפרצת/AVM*    הפרעות קרישה (5)    DVT (5)    PVD    חסימה בעורקי צוואר (קרטיס)*	כן    לא	שאלון אפילפסיה-3* שאלון לב-4* שאלון כלי דם-5* מכתב רפואי		
5.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)	כן    לא	שאלון מצב נפשי-7		
6.	המלצה לטיפול תרופתי או דיאטיטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות:    לחץ דם (6)    סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8)    כולסטרול (9)    סטרטגיה/צירידים (9)	כן    לא	שאלון לחץ דם-6* שאלון סוכרת-8* שאלון שומנים בדם-9* שאלון		
7.	סרטן וגידולים שפירים: מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים*    גידולים שפירים (11)    גידולים טרום סרטניים*	כן    לא	שאלון גידולים שפירים-11* מכתב רפואי		
8.	מע' עיכול: קיבה (12)    מעיים (12)    וושט (12)    טחול*    בלבב (12)    מחלת כבד (13)    צהבת (13)    כבד שומני (13)    פיפטולה    קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	כן    לא	שאלון מע' העיכול-12* שאלון כבד וצהבת-13* מכתב רפואי		
9.	ריאות ונשימה: מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)*    סיטיטיק פיברוזיס*	כן    לא	שאלון ריאות ונשימה-12* מכתב רפואי		
10.	כליות ודרכי שתן: כליות (15)    מערכת דרכי השתן (15)    שלפוחית שתן (15)    בלוטת ערמונית (23)	כן    לא	שאלון כליות ודרכי שתן-15* שאלון גברים-23* מכתב רפואי		
11.	מחלות זיהומיות/לקתית/ מע' חיסון: איידס/נשאות HIV*    שחפת*    סרקואידוזיס*    סקלרודרמה*	כן    לא	שאלון מחלות זיהומיות/לקתית/ מע' חיסון-15* מכתב רפואי		
<b>השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות</b>					
12.	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	כן    לא	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25		
13.	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	כן    לא	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25		
14.	האם טופלת ו/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	כן    לא	שאלון		
במידה וכן נא פרט: שם התרופה: _____					
האבחנה בגינה מטופל/הומלץ טיפול: _____					
<b>ברכישת שחרור ו/או שווה לעתיד משלים יש לענות גם על השאלות הבאות:</b>					
15.	עיניים: קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה)    מחלה/בעיה בעיניים (21)    אובאיטיס*    עיוורון (21)	כן    לא	שאלון עיניים-21* מכתב רפואי		
16.	אף/אוזן/גרון: אוזניים (22)    ליקוי שמיעה/חירשות (22)    טינטון    מחלת מנייר    אף (22)    גרון (22)    מיתרי הקול (22)	כן    לא	שאלון אף/אוזן/גרון-22* מכתב רפואי		
17.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: FMF    קדחת ים תיכונית משפחתית (16)    פיברומיאליגיה*    תסמונת העייפות הכרונית*    לופוס (זאבת)*    גאוסט/היפראוריצימיה	כן    לא	שאלון FMF - 16* מכתב רפואי		
18.	אורטופדיה: גב ועמוד שדרה (17)    ירידה בצפיפות העצם    שברים (19)    ברכיים (18)    מרפקים (18)    כתפיים (18)    מפרקי ירכיים (18)    קרסוליים (18)    מחלת מפרקים/דלקת פרקים*	כן    לא	שאלון עמוד שדרה-17* שאלון מפרקים-18* מכתב רפואי		
19.	שאלון נשים: רחם (24)    שחלות/חצוצרות (24)    גידולים בשדיים (24)    אנדומטריוזיס	כן    לא	שאלון נשים-24* מכתב רפואי		
20.	האם את בהריון כעת?    לא    כן    משקלך לפני ההריון: _____	כן    לא	שאלון		
האם הניך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/ליחה ו/או הניך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?					
<b>תאריך:</b> _____ <b>חתימת מועמד ראשי X</b> _____					

"אפי" 11/2022

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

שובר זה נחתם על-ידי בלי' לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס 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	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	614



לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת 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/ו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ מספר רחוב \_\_\_\_\_ מספר עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

2. מבקשים בזה להקים בחשבוננו 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).  
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"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 יעשה 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 להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.  
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

**פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.**

תאריך חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

## אישור הבנק

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

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

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו 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 יפעל בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

**בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת בפוליסת פרט**

א. פרטי המבוטח הראשי:

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

ב. פרטי בעל הפוליסה (רק במידה ושונה מהמבוטח הראשי):

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

ג. בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת: יש לצרף צילום ת.ז. של המוטב

מוטב בלתי חוזר עבור החסכון המצטבר בפוליסה/ות מספר: \_\_\_\_\_

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את \_\_\_\_\_ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"):  בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח (צמוד למדד המחירים לצרכן)  על כל סכום החיסכון בפוליסה. **ידוע לי כי:** שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (חוי"ח) בפוליסה/ות מספר: \_\_\_\_\_

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את \_\_\_\_\_ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"):  בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח צמודים למדד המחירים לצרכן  על כל סכום הביטוח בפוליסה.

1. במקרה מוות חוי"ח, יתרת תגמולי הביטוח, אם תהיה, תשולם למוטבים כפי שרשומים בפוליסה.  
2. שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר:

שם המוטב	מספר זהות/ח.פ.	תאריך לידה
כתובת: רחוב _____ מספר בית _____ מספר דירה _____ עיר _____ מיקוד _____		

ה. הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS: (עבור פוליסות מסוג סטטוס אישי, TOP LIFE, TOP FINANCE, TOP KIDS קצבה מיידית פרט) שהופקו החל מ-1.7.2014:

1. האם אתה אזרח ארה"ב?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם), נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (US TIN). טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן - נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים:		
מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומס' בית STREET NO-ADDRESS	ישוב CITY/TOWN
				מספר

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם:

1. האם הניך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב?  כן - העבר טופס W9  לא - העבר טופס W8BENE. טופסי W8, W9 ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).

2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ב זאת כי מסדתי מידע מלא ומהימן. ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל /או בחו"ל. מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

ו. חתימת בעל הפוליסה:

תאריך	שם בעל הפוליסה	מספר זהות	חתימת בעל הפוליסה
-------	----------------	-----------	-------------------

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

**הצהרת משלם – בפוליסות פרט\* / תגמולים לעצמאים\* / מנהלים**

1. פרטי בעל הפוליסה / המעביד:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז./ח.פ.: \_\_\_\_\_

פוליסה/ות: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ח.פ.: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

2. פרטי המשלם:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז./ח.פ. המשלם: \_\_\_\_\_

מס' טלפון \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_, מס' דירה \_\_\_\_\_, כניסה \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_, מיקוד \_\_\_\_\_, ת.ד. \_\_\_\_\_

3. מהות הקשר בין המשלם לבין בעל הפוליסה/ המעביד (יש לפרט את הקשר למבוטח/בעל הפוליסה):

\_\_\_\_\_

4. סוג התשלום:

תשלומים שוטפים שיועברו באמצעות המחאות- מצ"ב המחאות.

סכום חד פעמי בסך \_\_\_\_\_ ש"ח, ששילמתי ביום \_\_\_\_\_

בהמחאה מס' \_\_\_\_\_ למשיכה מחשבוני מס' \_\_\_\_\_.

הוראת קבע לביצוע תשלומים חודשיים שוטפים - מצ"ב דף הוראת קבע.

סוג תשלום זהה לפוליסה מס' \_\_\_\_\_

כרטיס אשראי - מצ"ב הרשאה לחיוב כרטיס אשראי (לא תקף בעבור פוליסות מנהלים)

5. הצהרת המשלם:

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו, ועל כך שהתשלום/תשלומים

הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה,

יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/ המבוטח/ המוטב / המעביד (בהתאם למקרה) בלבד.

ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המעביד בלבד, ולא לטובת הגורם המשלם.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת.ז./ח.פ.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

\* פוליסות הכפופות לצו איסור הלבנת הון - יש לצרף צילום: תעודת זהות / דרכון / רשם חברות / תעודת

תאגיד לפי העניין