

הצעה לביטוח מחלות קשות מעודכן לחודש 10/2018

טופס 9-21
6400000275

מספר פוליסה
מספר תיק

(מידע רגיש)

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

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20		
<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).</p>			

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 + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

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

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> אלמן ילדים <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי
			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> אלמן ילדים <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי
ילד 1			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 2			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 3			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
ילד 4			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
כתובת מגורים השני	יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת מועמד ראשי:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			

שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל

אופן משלוח דיווחים למבוטח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - **מסמכי הדיווח**) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהנך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב-2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 2000* או באמצעות דוא"ל - Har.bit@menora.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

ב. פרטי הפוליסה ואופן התשלום

פרטי הפוליסה - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- פוליסה חדשה
- תוספת בפוליסת בריאות קיימת מס' _____ (במקרה של המרת תכנית/פוליסת ביטוח יש למלא נספח להצעה להמרה)*
- * ככל שאמצעי התשלום שצוין מטה, שונה מזה המועדכן בפוליסה הקיימת, אמצעי התשלום שניתן בטופס זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

אופן התשלום - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- במידה והמשלם אינו המועמד הראשי /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 שנתית
מועד גביה: 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות הביטוח						אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד שני	מועמד ראשי	
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קרן אור Top (מחלות קשות) סכום ביטוח מקסימלי 300,000 ש"ח
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן) סכום ביטוח מקסימלי 300,000 ש"ח
○	○	○	○	○	○	שירותים אמבולטוריים
						כתבי שירות
○	○	○	○	○	○	אבחון מהיר
○	○	○	○	○	○	Smart Dr. (רפואה אישית מקוונת)
○	○	○	○	○	○	ניהול רפואי אישי
○	○	○	○	○	○	תרופות מיוחדות
○	○	○	○	○	○	תרופות בהתאמה אישית

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 ("להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצעה"). אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או הצהרת בריאות 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.

ג. ידוע לי שקיבולת או דחייתת של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח. בכפוף להוראות הדין וחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ד. ידוע לי כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.

ה. ידוע לי שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.

ז. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

ח. אני מאשר כי הוצג בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכווני לרכוש וכן, הוצג בפני דמי הביטוח המופחתים עבור מספר תכניות בריאות אשר נרכשות יחד (להלן מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת) וכן דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח. כמו כן, הובהר לי שבמידה וארכוש מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת, יהיה באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת, והפוליסה תישאר בתוקף כל עוד תיכל תכנית בסיס אחת לפחות. וכן שבעת ביטול אחת מתכניות הבריאות בפוליסה, תבוטל ההפחתה האמורה בדמי הביטוח בגין מספר תכניות בריאות הנרכשות יחד, ודמי הביטוח יחושבו בהתאם לדמי הביטוח הנהוגים באותה עת עבור תכניות הביטוח שיישארו בתוקף.

ט. הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבוטל תכנית הבסיס בפוליסה תבוטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.

י. אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלהם.

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

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

יא. אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כוסי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, 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 חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.

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

יג. אישור מועמדים לביטוח שביצע החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

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

הצהרת מועמד לביטוח לאננות/סיעוד/מחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

יד. 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) שבמעמד 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 בכונותי 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 _____

	מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
טו. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול 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 סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.				
תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X _____				

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 למועמדים לביטוח בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט (לילדים עד גיל 18)						
מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	
						שם פרטי ומשפחה
						גובה בס"מ (גובה בס"מ (מגיל 14)
						משקל בק"ג (משקל בק"ג (גיל 14)
שאלות כלליות על מצב רפואי						
						1א. האם הינך מעשן?
						1ב. במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____
						1ג. במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?
						2. אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר _____
						3. סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?
שאלות לרוכשים תכנית קרן לחיים או קרן אור TOP						
מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	שאלות
						4. היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): <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"/> ניוון שרירים, <input type="checkbox"/> מחלת הנטינגטון, <input type="checkbox"/> מחלות נפשיות, <input type="checkbox"/> מחלת פרקינסון, <input type="checkbox"/> מחלת אלצהיימר?
						5. אשפוזים: האם אושפזת בבית חולים לתקופה העולה על ה-48 שעות במהלך ה-24 חודשים האחרונים? (לידה אינה אשפוז)
						6. ניתוחים: האם ב-24 החודשים האחרונים עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
						7. תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?
						8. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני
						9. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד
						10. מערכת כליות ודרכי שתן – לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן
						11. האם נעדרת מהעבודה מסיבה רפואית או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים ב-12 החודשים האחרונים? מתי ומאיזו סיבה?
						12. מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות
						13. בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: ציטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, CT, MRI, ביופסיה, קולונסקופיה?
שאלות נוספות לרוכשים קרן אור TOP						
						14. מערכת העצבים והמוח – לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?
						15. 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 (פרפריאלי)
						16. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה
						17. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטת בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתיראויד
						18. מחלות ראומטולוגיות - רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזיס, סקלרוזיס רפואי
שאלה נוספת לרוכשים תכנית שירותים אמבולטוריים						
						19. ילדים: האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?
אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט וציין את שם המועמד:						
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי /בעל הפוליסה X _____ חתימת מועמד שני X _____						

1. 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 מחלותי 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 מבטוח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X _____

שם מבטוח 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 _____

2. 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 בהצהרות המבטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המבטוח להצהרה בסעיף י"ד, 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 שייקבע למועמד לביטוח חרגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 1-7-2016, גם השוואה בין החרגות 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 1-7-2016 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 1-20-2015.

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

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3

6400000275

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	20 01		

פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות	סוג הכרטיס	בתוקף עד
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <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 שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס אשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

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



לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם ישלחו 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. א/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מספר רחוב _____ מספר עיר _____ מיקוד _____

2. מבקשים זהה להקים בחשבוננו 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).
3. 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 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 שבנינו 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 שבנינו 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.
4. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

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

אישור הבנק

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

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

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/נכם 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 בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

פרטי המבקש

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____ נייד: _____