

הצעה לביטוח סיעודי מעודכן לחודש 10/2018

טופס 9-25

6400000275

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

| |
|-------------|
| מספר פוליסה |
| מספר תיק |

(מידע רגיש)

| | | | |
|--|--------------------------|----------|------------|
| חותרת 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 בסעיף ח' + 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 המועמדים לביטוח

| מועמד ראשי/ בעל הפוליסה | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | ילדים |
|-------------------------|---------|----------|-----------|------------|---|--|--|
| | | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש | <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/> אחר |
| מועמד שני | | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש | <input type="radio"/> ילדים <input type="radio"/> אחר |
| עד גיל 18 | ילד 1 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| | ילד 2 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| | ילד 3 | | | | <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה | | |
| | ילד 4 | | | | <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 |
|---------------|--------------------|--------------|
| מועמד ראשי | | |
| מועמד שני | | |
| ילדים | | |

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. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז 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: _____

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

| ג. תכניות ביטוח סיעודי אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת | מועמד ראשי | מועמד שני | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד 4 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| הבטחה לעתיד | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים |
| תקופת פיצוי (בשנים) | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים | 5 ○ 3 ○ כל החיים |
| תקופת המתנה | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים | ○ חודש ○ חודשיים 3 ○ חודשים |
| סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי) | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ |
| הבטחה לעתיד משלים תקופת פיצוי - כל החיים | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ |
| תקופת המתנה (בחודשים) | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ | 60 ○ 36 ○ |
| סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי) | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ |

- 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 דרישתי.
- 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/ים 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 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.
- 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.
- ידוע לי שקיבולת או דחיית של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזה 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 שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- 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 ממש לו היה המלכו 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.
- 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 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.
- הובהר לי שנתכתי ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבטל תכנית הבסיס בפוליסה תבטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים 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

- 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 החיטום שבתבצע 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.
- אני מאשר כי הסוכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכנית ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה 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 הנני 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;
 - 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 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 כניסתי 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 |

יד. 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 דיור 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 _____

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 דמיות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

ה. שאלון בריאות מבוגרים

| מועמד ראשי | מועמד שני | שם פרטי ומשפחה | בכל שאלה סמן ✓ 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 אתגרית (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 בניגומים/טיפוס)? |
| שאלות כלליות על מצב רפואי | | | |
| כן / לא | כן / לא | | 5. האם הינך מעשן? |
| כן / לא | כן / לא | | 5b. במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום |
| כן / לא | כן / לא | | 5g. במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? |
| כן / לא | כן / לא | שאלון אלכוהול | 6. אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת 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 | 7. סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)? |
| כן / לא | כן / לא | פרוט למי וגיל האבחנה | 8. היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנוטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? |
| כן / לא | כן / לא | | 9. נכות אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטוחן ו/או נמצא/ת ב-אי כושר עבודה כעת? |
| כן / לא | כן / לא | פרטי/ את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע | 10. בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, MRI, CT, ביופסיה, קולונוסקופיה? |
| כן / לא | כן / לא | | 11. אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז) |
| כן / לא | כן / לא | | 12. ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח? |
| כן / לא | כן / לא | פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לנטילתה | 13. 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 רפואיות הרשומות מטה: | | | |
| כן / לא | כן / לא | שאלון מערכת העצבים | 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 השנים האחרונות? |
| כן / לא | כן / לא | שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם | 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 (פריפריאלי) |
| כן / לא | כן / לא | שאלון נפשית | 16. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות |
| כן / לא | כן / לא | שאלון מחלות דם וקרישה | 17. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה |
| כן / לא | כן / לא | שאלון סוכרת | 18. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הרייון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יתרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד |
| כן / לא | כן / לא | שאלון שומנים בדם | 19. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני |
| כן / לא | כן / לא | שאלון בלוטת המגן | 20. מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת |
| כן / לא | כן / לא | יש לצרף דוחות ופתולוגיה | 21. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד |
| כן / לא | כן / לא | שאלון מערכת העיכול | 22. 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 דרכי נשימה/אסטמה | 23. מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות |
| כן / לא | כן / לא | שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור | 24. מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה |
| כן / לא | כן / לא | שאלון גב ועמוד שדרה | 25. אורתופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטר, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטוארטרוזיס) |
| כן / לא | כן / לא | שאלון עיניים | 26. מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תור עיני) קטרקט, אבאיטיס, קרטקנוס |
| כן / לא | כן / לא | שאלון אף/אוזן/גרון | 27. מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מניר, טיטנון, סיניזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה |
| כן / לא | כן / לא | שאלון בעיות עור | 28. עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיוגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדיילומה |
| כן / לא | כן / לא | יש לצרף מסמכים רפואיים | 29. מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות |
| כן / לא | כן / לא | שאלון נשים | 30. לנשים: בעיות גינקולוגיות ושיניים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? גבריים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים |
| כן / לא | כן / לא | שאלון פרוסטטה ואשכים | 31. האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר? |
| כן / לא | כן / לא | | 32. האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, לשלוט על סוגרים, נייזות או הליכה או הנך משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלה, אנא פרט וצרף מסמכים רלוונטיים |

* פעילות ספורט אתגרית הינה- טיפוס הרים, טיפוס על צוקים 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 | מועמד שני | אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: | אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: |
| תאריך: _____ | תאריך: _____ | שם מועמד ראשי _____ | שם מועמד שני _____ |
| חתימת מועמד ראשי X | חתימת מועמד שני X | | |

1. שאלון בריאות לילדים

| שאלות כלליות על מצב רפואי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט שם פרטי ומשפחה | | | | | | |
|--|--|--|-----------|---------|-----------|-----------|
| גובה בס"מ (מגיל 14) | | | | | | |
| משקל בק"ג (מגיל 14) | | | | | | |
| מס' | שאלות | שאלון | ילד ראשון | ילד שני | ילד שלישי | ילד רביעי |
| 1. | היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות) או בנות המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 אחוזי נכות מומלד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטחון? | | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 3. | בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, MRI, CT, ביופסיה, קולונוסקופיה? | פרט/י 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 עלך צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? | | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 5. | ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח? | | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 6. | תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? | פרט/י את שם התרופה, והסיבה לנטילתה | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/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 (פריפריאלית) | שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 9. | בעיה, הפרעה ו/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 ו/או חלבון בשתן | שאלון כליות ודרכי השתן | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 16. | מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות אסטמה, ברוניכטיס, 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, פיברומיאליגיה 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/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (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, גלאוקמה (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 ו/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 חודשים לפחות | יש לצרף מסמכים רפואיים | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 23. | לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרייון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים | שאלון נשים שאלון פרוסטטה ואשכים | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 24. | האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר? | | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 25. | האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר? | | כן / לא | כן / לא | כן / לא | כן / לא |
| 26. | 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 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 _____

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 והצהרות 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 שייקבעו למועמד לביטוח חרוגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-7-2016, גם השוואה בין החרוגות 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 2016-7-2016 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 36 חודשים, 60 חודשים, 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 36 חודשים, 60 חודשים, 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, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
 כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

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

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3
6400000275

| | | | |
|------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| חותרת תאריך קבלה בחברה | תאריך תחילת ביטוח | שם בעל הרישיון | מספר בעל הרישיון |
| | 01 20 | | |

פרטי כרטיס אשראי

| | | | |
|---|----------|-----------------------------|------------------|
| סוג הכרטיס <input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס | בתוקף עד | שם בעל כרטיס אשראי | מספר זהות מ"ב |
| מספר כרטיס אשראי | | כתובת: יישוב 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 שיופק 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 סניף |
| 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 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 _____ מכתובת _____ מספר עיר _____ מיקוד _____

- 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).
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה 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, הזכינו 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/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 סניף |
| קוד מוסד 614 | אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה | |

לכבוד:
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/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.
 רשמנו לפינוי את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה 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 בהתייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך בנק סניף _____

פרטי המבקש

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