



020300101

”בית בטוח”
ביטוח לבעלי משכנתאות
הצעה לביטוח חיים ולביטוח מבנה
מכירה באמצעות הטלפון



חותמת תאריך קבלה בחברה

שם סוכן _____
 מספר סוכן _____

תאריך: _____ שעה: _____ מספר טלפון ממנו התקשרת: _____ שלוחה: _____ מספר טלפון של מקבל השיחה: _____ סוג מכשיר ההקלטה: _____
 טלרקורדר Nice אחר _____

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	בעל פוליסה:	מבטוח ראשון
מספר זהות	מספר זהות	מין	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל
עיסוק	מבטוח שני	שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות	מספר זהות	מין	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל
עיסוק	מבטוח ראשי:	מבטוח שני:	לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____
מבטוח ראשי:	מבטוח שני:	לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____	לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____

* במידה וקיימת פוליסה נוספת לביטוח חיים ו/או מבנה עבור ביטוח המשכנתא, באחריות המבוטח לבעל פוליסה זו. החברה אינה אחראית לביטול הפוליסה הנוספת במידה וקיימת.

ב. פרטי הביטוח - בהתאם לנתונים שנמסרו להלן תחשיב הפרמיה והכיסויים המבוקשים בפוליסה:

הלואה מספר	1	2	3	4
יתרת הלואה נוכחית				
יתרת תקופה בשנים				
תאריך סיום הלואה				
ריבית שנתית				

מבטוח ראשי	מבטוח שני	מבטוח ראשי	מבטוח שני	מבטוח ראשי	מבטוח שני	מבטוח ראשי	מבטוח שני
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. כיסויים נוספים*

מבטוח ראשי

שחרור משלום פרמיה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח _____

מוות מתאונה ש"ח _____

מבטוח שני

שחרור משלום פרמיה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח _____

מוות מתאונה ש"ח _____

ג. ביטוח מבנה הדירה

סכום ביטוח מבנה _____ גודל הנכס (מ"ר) _____ סוג הנכס _____

ביטוח מבנה הדירה כולל: מבנה, רעידת אדמה, תיקון נזקי מים ונזלים למבנה שמקורם בצנרת.

ד. כתב שירות גג יבש הכיסוי מיועד לבעלי בתים פרטיים ודירות גג, ניתן לרכישה רק במידה ונרכש ביטוח מבנה.
ה. פרטי הבנק המלווה

בנק מלווה _____ מספר סניף _____ רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____

תאריך התחלת הביטוח _____ אופן התשלום _____ חודשי אחר

* ניתן לרכוש מקסימום 500,000 ש"ח לנכות מתאונה ומוות מתאונה בטופס זה. רכישת כיסויים נוספים אחרים מחייבת מילוי טופס "הצהרה על מצב בריאות".

ז. פרטי ההלואה המקורית

הלואה מספר	1	2	3	4
תאריך לקחת המשכנתא				
ריבית				
תקופה (מקורית) בשנים				
גובה משכנתא מקורי				
או תשלום חודשי היום				
או יתרת הקרן				

1 ביטוח חיים וביטוח מבנה

2 הצהרת בריאות והצהרות

3 הרשאה לחיוב חשבון

מספר פוליסה



020300201

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

ח. אני מצהיר בזאת כי אני מבוטח בביטוח חיים ב... בגובה סכום המשכנתא החל מתאריך... הפוליסה היא בתוקף מתחילתה ועד היום.

ט. הניח/מסכים/ומאשר/ים מראש כי סכום הביטוח והפרמיה יתאמו לסכומים ולתקופה אשר נקובים בהלוואה/ות על שמי/ואו שם אשתי

בבנק:

י. פרטי המוטבים סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למוטב בהוראה בלתי חוזרת, הבנק המלווה, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת תשלום ל:

Table with 7 columns: ראשי, שם מלא, ת.ז./דרכון, תאריך לידה, כתובת מלאה, קרבה, מין, % חלוקה. Includes checkboxes for 'ראשי' and 'מבוטח ראשי'.

Table with 7 columns: שני, שם מלא, ת.ז./דרכון, תאריך לידה, כתובת מלאה, קרבה, מין, חלקים. Includes checkboxes for 'שני' and 'מבוטח שני'.

X תאריך X חתימת הסוכן

יא. שאלות על מצב בריאות

Table with 4 columns: שם משפחה, שם פרטי, מספר זהות, משקל, גובה, שם הרופא המטפל, שם המוסד הרפואי המטפל.

Table with 2 main sections: 'מבוטח ראשי' and 'מבוטח שני'. Each section has questions about smoking, alcohol, and medical conditions.

Table with 2 main sections: 'מבוטח ראשי' and 'מבוטח שני'. Each section has a 'כן' (Yes) and 'לא' (No) column for various health questions.

שאלות כלליות

לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם. הקפד לרשום מימין לגבי מבוטח ראשי ומשמאל לגבי מבוטח שני.

Table with 4 columns: לא, כן, לא, כן. Contains 9 general health questions.

שאלות נוספות

Table with 4 columns: לא, כן, לא, כן. Contains 4 additional health questions.

הערות:

02/05/04-12/0003 אפי"

מספר פוליסה



020300301

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

ב. הצהרה עליה יחתום כל סוכן בעת מילוי הצעת הביטוח

1. אני הסוכן, מספר זהות _____ מספר זהות _____ מצהיר בזה כי דיברתי עם המועמד לביטוח ששמו _____ מספר זהות _____ מילאתי בעבורו ובשמו את ההצעה לביטוח וכי כל הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח ניתנו לי ישירות על-ידי ובהסכמתו המלאה.

- אני מצהיר כי פרטתי בפני המועמד לביטוח את סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות החריגים והסייגים המהותיים הכלולים בו, וכן אמרתי לו (במקרה של ביטוח בריאות) את כללי הגילוי הנאות שנקבעו על-ידי המפקח על הביטוח.
- אני מצהיר כי הודעתי למועמד לביטוח כי הביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות קבלתו של המועמד לביטוח ו/או בני משפחתו הכלולים בהצעה לביטוח, מותנית בהסכמת מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: מנורה מבטחים ביטוח), לקבלו לביטוח בהסתמך על הנתונים שדווחו על-ידי, וכי תתכן תוספת לפרמיה לפי החיתום שיתבצע על-ידי מנורה מבטחים ביטוח.
- אני מצהיר כי השאלות הנכללות בהצהרת הבריאות הוקראו על-ידי למועמד לביטוח וכי התשובות שסומנו ופורטו על-ידי, הן תשובותיו המלאות לשאלות. אני מתחייב כי במקרה של אי-התאמה בין תשובות המועמד לביטוח כפי שהוקלטו לבין התשובות שסומנו ופורטו על-ידי, אהיה אחראי לכל נזק שייגרם למנורה מבטחים ביטוח ואשפה אותה עם דרישה ראשונה.
- במקרה של תשלום בכרטיס אשראי: אני מצהיר בזאת כי בעל כרטיס האשראי אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסת הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו רשומים לעיל ולכל כרטיס אשראי שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה יישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שמנורה מבטחים ביטוח תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיס האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיס האשראי בגין פרמיות הביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל

תאריך _____ שם _____ מספר _____ חתימה _____

ג. ויתור על סודיות רפואית

הנני מצהיר כי תשובותי לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידעין או בכוונה מקנות ל"חברה" את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. הרני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מראשוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסות, הקשורים אליהן. הרני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

לכבוד _____ א.ג.ג.

אני הח"מ מותר בזאת על סודיות רפואית/שיקומית/סוציאלית/פסיכיאטרית/ כלפי המבקשים ונותן בזה רשות לקופ"ח, בתי חולים, מכון מור, למוסד לביטוח לאומי לגבי כל מידע הקיים מכל המחלקות במל"ל (לרבות פרוט תשלומי מהמל"ל) ו/או משהביט/צה"ל ו/או כל רופא או מוסד בתחום ברה"נ ו/או בתי אבות ו/או כל קרנות הפנסיה והגמל ו/או משרד הבריאות ו/או מוסדות שיקומיים ו/או מוסדות גמילה ו/או עיריית/רשויות רווחה ולכל עובד או רופא או מוסד רפואי, מכון בדיקות רפואי וכל רופא ו/או עובד אחר שטיפל בי או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאות/סוציאלי/נפשי ותשלומים שקיבלתי עקב מצבי וכן למסור ל: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן: "המבקשים") כל מידע על מצבי הבריאותי /שיקומי/סוציאלי/סיעודי ונפשי. אני מתיר לכל חברת ביטוח אחרת (לרבות אבנר והפול) למסור למבקשים כל מידע מנהלתי, רפואי או אחר על כל פוליסה ו/או תביעה ו/או כל מידע אחר המצוי ברשותם לרבות תיעוד ומידע מצד ג' ותשלומים.

אני מתיר למשטרת ישראל למסור כל מידע על כל תיק תאונה/לת"ן בו הייתי מעורב הן לרבות צילום תיק לת"ן מלא. בקשתו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 189, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/אירגונים המצוינים להלן. הבקשה לקבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה. ויתור זה מחייב אותי, את עוזבתי את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.

תאריך החתימה _____ שם המבוטח הראשי _____ מספר זהות _____ חתימת מבוטח ראשי

תאריך החתימה _____ שם המבוטח השני _____ מספר זהות _____ חתימת מבוטח שני

הנני מצהיר/ה כי התשובות לשאלות בטופס זה הן כפי שנמסרו אישית ע"י המועמד לביטוח

תאריך _____ שם העד _____ מספר זהות העד _____ חתימת העד

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס		
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	
רחוב	מספר בית	יישוב
		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 _____ שם _____ מספר _____ חתימה _____