



020200101

חומת תאריך קבלה בחברה

הצעה לביטוח בריאות, סיעוד ומחלות קשות

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מלים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד.

במקרה של מכירה טלפונית עם הקלטה, נא מלא/י את הפרטים הבאים:

תאריך	שעה	מס' טלפון ממנו התקשרת	שלוחה	מס' טלפון של מקבל השיחה
-------	-----	-----------------------	-------	-------------------------

מספר תיק
מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

א	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>	ילדים
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס		

ב	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>	ילדים
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס		
מקצוע		עיסוק בפועל		טלפון נייד				

*האם אתה מבטח בביטוח בריאות ו/או ביטוח חיים בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? לא כן, בחברה _____

חתימת המועמד הראשי לביטוח X

במידה והמועמד לביטוח מבקש לרכוש כיסוי שחרור במקרה א.כ.ע. ו/או סיעוד יש לענות על השאלות הבאות:

- האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה) לא כן, מלא שאלון מתאים
- האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? לא כן, מלא שאלון מתאים

* החל מ-1.1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ג	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>	ילדים
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס		
מקצוע		עיסוק בפועל		טלפון נייד				

*האם אתה מבטח בביטוח בריאות ו/או ביטוח חיים בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? לא כן, בחברה _____

חתימת המועמד השני לביטוח X

במידה והמועמד לביטוח מבקש לרכוש כיסוי שחרור במקרה א.כ.ע. ו/או סיעוד יש לענות על השאלות הבאות:

- האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה) לא כן, מלא שאלון מתאים
- האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? לא כן, מלא שאלון מתאים

* החל מ-1.1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ד	הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין
פרטי הילדים המועמדים לביטוח	ילד ראשון					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	ילד שני					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	ילד שלישי					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	ילד רביעי					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

*האם הילדים מבטחים בביטוח בריאות ו/או ביטוח חיים בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? לא כן, בחברה _____

* החל מ-1.1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ה	האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך?	מועמד ראשי	מועמד שני	ילדים
	<input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____	<input type="checkbox"/> לא
		<input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____	<input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____	<input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____
		בתוכנית _____	בתוכנית _____	בתוכנית _____

1.02.11	הצעה לביטוח	1
1.02.11	המשך הצעה לביטוח	2
1.02.11	המשך הצעה לביטוח	3
1.02.11	הצהרת בריאות מבוגרים	4
1.02.11	הצהרת בריאות ילדים	5
1.02.11	הצהרת המועמד לביטוח	6
1.02.11	הוראה לחיוב חשבון	7



020200101

שם מלא	מספר זהות/דרכון/פ.נ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100 %					

1
מינוי מוקדם ראשי לביטוח

שם מלא	מספר זהות/דרכון/פ.נ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100 %					

2
מינוי מוקדם שני לביטוח

*למילוי עבור מוות כתוצאה מניתוח בתוכנית יסודית המפורטת בסעיף י"ב או ברכישת נספח ניתוחים בחו"ל.

שם מלא	מספר זהות/דרכון/פ.נ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100 %					

3
מינוי מוקדם ראשי לביטוח

שם מלא	מספר זהות/דרכון/פ.נ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
100 %					

4
מינוי מוקדם שני לביטוח

*למילוי רק עבור תוכנית הסיעוד.

אופן התשלום

הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב")

באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)

תדירות התשלום חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתי

תאריך מוצע להתחלת הביטוח: /

5
פרטי הפוליסה

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים

6
פרטי הכיסוי הסיעודי

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים

7
פרטי תקופת המטנה

הבטחה לעתיד
3 פעולות ויותר או 2 פעולות כשאחת מהן אי שליטה על הסגרים (למבוטח ראשי יש לרכוש מינימום 2500 ש"ח בפרמיה קבועה)

פרטי תקופת תשלום הפיצוי

חודש חודשיים

פרטי תקופת המטנה

חודש חודשיים

הבטחה לעתיד משלים - (למבוטח ראשי יש לרכוש מינימום 2,500 ש"ח)
* בכיסוי זה תקופת המטנה היא 36 או 60 חודשים, כאשר בתקופה זו המבוטח לא זכאי לפיצוי

פרטי תקופת המטנה 36 חודשיים 60 חודשיים

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים	<input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> חודשיים

8
הרחבת הכיסוי הסיעודי (נספחים לכיסוי הסיעודי)

הרחבת הכיסוי הסיעודי (נספחים לכיסוי הסיעודי)

תשלום הוצאות שיקום מ-10,000 עד 50,000 ש"ח (לפי טדד 10114 נק')

פרטי תקופת המטנה
יש למלא רק במידה והמועמד מבקש לרכוש "הבטחה לעתיד משלים"

חודש חודשיים

שחרור במקרה א.כ.ע (3 חודשי המטנה בפרמיה קבועה)

חודש חודשיים

9
הצהרת המועמד המבקש לרכוש ביטוח סיעודי

הנני מאשר כי הובא לידיעתי דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי ונמסר לי כי אוכל לקבלו כחוברת מודפסת עפ"י דרישתי.

חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה

חתימת המועמד הראשי לביטוח

חתימת המועמד השני לביטוח

חתימת המועמד השני לביטוח

1.02.11	המשך הצעה לביטוח	2
1.02.11	המשך הצעה לביטוח	3
1.02.11	הצהרת בריאות מבוגרים	4
1.02.11	הצהרת בריאות ילדים	5
1.02.11	הצהרת המועמד לביטוח	6
1.02.11	הוראה לחיוב חשבון	7



020200201

יא	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
קרו אור טופ	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
שחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

יב	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
תכנית ביטוח בריאות יסודי	* ניתן לבחור באפשרות אחת בלבד (אנא מלא פרטי מועמדים):					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	בריאות מושלמת TOP					
	בריאות מושלמת 2000					
	בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח					
	בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן ללא ברות ביטוח					
	בריאות מושלמת נטו סף פיצוי (לפי מודד 10404) <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000					
	כמו גדולים TOP					
	כמו גדולים 2000					
	עתידי בריא					
	אופק					
	<input type="checkbox"/> אופק רחב <input type="checkbox"/> אופק רחב עולמי (הכיסוי כולל אופק רחב וניתוחים בחו"ל)					
	תרופה מושלמת ** (אין צורך למלא פרטי מועמדים)					
	מחלקה ראשונה טופ - פיצוי לימי אשפוז ** (אין צורך למלא פרטי מועמדים) (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).					
	<input type="checkbox"/> רפואה מונעת ** <input type="checkbox"/> רפואה מונעת TOP ** (אין צורך למלא פרטי מועמדים)					
** ניתן לרכוש גם ככיסוי נוסף בפוליסת הבריאות						

יג	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
כיסויים נוספים לביטוח בריאות	נספח "בריאות מושלמת פלוס"					
	קרו לחיים - ביטוח למקרה גילוי מחלת הסרטן (לבחירתך סכום ביטוח בין 50,000 ש"ח עד 400,000 ש"ח. לילדים עד 200,000 ש"ח)					
	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה					
	נספח "תוספת לביטוח עתידי בריא" - הרחבה לכיסוי לכל הניתוחים					
	נספח "ניתוחים בחו"ל" - לתוכניות אופק / אופק רחב / עתידי בריא (אנא מלא פרטי מועמדים)					
	מחלקה ראשונה - פיצוי לימי אשפוז חירום (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).					
	החלמה מושלמת - פיצוי לימי החלמה (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).					
	בריאותק (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).					
	בריאותק טופ (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).					
	ביטול החרגת תאונת עבודה (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000 ו כמו גדולים טופ/2000).					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

יד	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח
1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי פוליסת בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי הבריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לימנורה מבטחים ביטוח בע"מ למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים (בריאות מושלמת TOP), תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא (בריאות מושלמת TOP) תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אישור המועמד המבקש לרכוש תכנית בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות או ללא ברות

א"פ"י 03/06/01-11/0011

1.02.11	המשך הצעה לביטוח	3
1.02.11	הצהרת בריאות מבוגרים	4
1.02.11	הצהרת בריאות ילדים	5
1.02.11	הצהרת המועמד לביטוח	6
1.02.11	הוראה לחיוב חשבון	7



020200301

טו	פרטי מועמד ראשי			פרטי מועמד שני		
	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
פרטי המועמד לביטוח	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	גובה	משקל	גובה	משקל

טז	הצהרת אי-עישון/עישון	מועמד ראשי		מועמד שני	
		מעשן: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/>	סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____	מעשן: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/>	סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____
	זנע לישא הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. לסמן ✓ במשבצת המתאימה.	האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____	האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____		

שאלון כללי	מועמד ראשון		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם				
1. האם הינך סובל ממום מולד כלשהו ו/או האם יש לך נכות כל שהיא או הינך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות/אי כושר עבודה.			שאלון נכות	
2. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, C.T, MRI, ביופסיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות).				
3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב- 5 השנים האחרונות? (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/יתבצע)				
4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו?				
5. האם נפצענת פעם? (אם כן - פרט מתי, חלק גוף, השלכות למצבך היום).			שאלון פציעה	
6. האם אושפזת ב- 5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית? אם כן פרט, _____				
7. האם אתה צורך/צרכת סמים או שהינך שותה קבוע יותר מכוס אלכוהול אחת ביום?			שאלון סמים ואלכוהול	
8. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) היו או יש מחלות לב, סוכרת, מקרי סרטן השד, מעי הגס, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, נסין והתאבדות) או מחלה תורשתית אחרת (אם כן - פרט אצל מי, סוג המחלה וגיל גילוי המחלה).				
שאלות על מחלות				
האם יש לך ו/או האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות/הפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי				
1. מערכת העצבים, נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי.			שאלון מחלות עצבים	
2. ריאות ו/או דרכי נשימה.			שאלון מחלות דרכי נשימה	
3. ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס.			שאלון מחלות דם ומחלות זיהומיות	
4. לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם.			שאלון מחלות לב וכלי דם	
5. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת			שאלון מחלות דרכי עיכול	
6. כליות ו/או דרכי השתן.			שאלון מחלות כליות ודרכי שתן	
7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FEMF, מטבוליות והורמונאליות אחרות.			שאלון מחלות מטבוליות	
8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות (אם כן - פרט)?				
9. בעיות גניקולוגיות (לנשים)			שאלון מחלות נשים	
10. ערמונית, אשכים (לגברים).			שאלון מחלות פרוסטטה ואשכים	
11. בעיות עור			שאלון מחלות עור	
12. עיניים, אוזניים, אף, גרון, לוע, סינוסים			שאלון מחלות עיניים אוזניים אף	
13. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, רקמת החיבור			שאלון בעיות גב, שאלון מחלות מפרקים	
14. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?				
שאלות סיעוד				
האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום ולשכב, ללכת, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, או הינך משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטר, מקל הליכה, כסא גלגלים, חגורות רפואיות מכל סוג שהוא?				

שאלון בריאות

אפי" 03/06/01 - 11/0011

אם אחת מן התשובות היא "כן", פרט: _____

1.02.11	הצהרת בריאות מבוגרים	4
1.02.11	הצהרת בריאות ילדים	5
1.02.11	הצהרת המועמד לביטוח	6
1.02.11	הוראה לחיוב חשבון	7



020200301

שאלון כללי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד.	ילד רביעי		ילד שלישי		ילד שני		ילד ראשון		יז	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
שם הילד									שאלון בריאות	
לכל שאלה סמן <input checked="" type="checkbox"/> בעמודה "כן" ו"לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם										
1. האם הינך סובל ממום מולד כלשהו/או האם יש לך נכות כל שהיא (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות.										
2. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, C.T, MRI, ביופסיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות).										
3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו? (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/יתבצע)										
4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו? אם כן פרט, _____										
5. האם נפצעת פעם? (אם כן - פרט מתי, חלק גוף, השלכות למצבך היום). שאלון נפצעה _____										
6. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית? אם כן פרט, _____										
7. האם אתה צורך/צרכת סמים או שהינך שותה קבוע יותר מכוס אלכוהול אחת ביום? שאלון סמים _____										
8. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) היו או יש מחלות לב, סוכרת, מקרי סרטן השד, מעי הגס, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, נסיון התאבדות) או מחלה תורשתית אחרת (אם כן - פרט אצל מי, סוג המחלה וגיל גילוי המחלה).										
שאלות על מחלות										
האם יש לך ו/או האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות/הפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי										
1. מערכת העצבים, נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי.										
2. ריאות ו/או דרכי נשימה.										
3. ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מי, איידס.										
4. לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם.										
5. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת										
6. כליות ו/או דרכי השתן.										
7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FMF, מטבוליות והורמונאליות אחרות.										
8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות?										
9. בעיות גניקולוגיות (לנשים)										
10. ערמונית, אשכים (לגברים).										
11. בעיות עור										
12. עיניים, אוזניים, אף, גרון, לוע, סינוסים										
13. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, שאלון מחלות פרנסיות ושכיבים										
14. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?										
15. האם יש בעיות התפתחות ו/או לקיוי למידה (אם כן - פרט)?										

11/0011 - 03/06/01 "אפי"

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט: _____

<p>על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:</p> <p>נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p> <p>חתימת ותחיתמת המועמד לבעלות על הפוליסה _____</p> <p>חתימת המועמד הראשי לביטוח _____</p> <p>חתימת המועמד השני לביטוח _____</p> <p>תאריך _____</p>	<p>יח</p> <p>כשולוח של המועמד לביטוח</p>
---	---

<p>אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח. אני מצהיר בזה כי המבטח <input type="checkbox"/> לא הצטרף באמצעות הטלפון <input type="checkbox"/> הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המבטח את ההצהרות הרשומות לעיל.</p> <p>תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____</p>	<p>יט</p> <p>הצהרת הסוכן</p>
---	-------------------------------------

1.02.11	הצהרת בריאות ילדים	5
1.02.11	הצהרת המועמד לביטוח	6
1.02.11	הוראה לחיוב חשבון	7

כ

ויתור על סודיות רפואית

הני מצהיר כי תשובותיו לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרות או העלמותי מאומה. הני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או בכונה מקנות ל"חברה" את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.
הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת ביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, הקשורים אליה. הריני מסכימה/ה כי המידע ימסר לצורך עינו, עיבוד ואחסון 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, למסוד לביטוח לאומי לגבי כל מידע הקיים מכל המחלקות במל"ל (לרבות פרט תשלומי המהל"ל) ו/או משהב"ט/צה"ל ו/או כל רופא או מוסד בתחום ברה"ג ו/או בתי אבות ו/או כל קרנות הפנסיה והגמל ו/או משרד הבריאות ו/או מוסדות שיקומיים ו/או מוסדות נמילה ו/או עיריות/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 הבריאות/ השיקומי/סוציאלי/סיעודי ונפשי.
אני מתיר לכל חברת ביטוח אחרת (לרבות אבנו והפול) למסור למבקשים כל מידע ומנהלים, רפואי או אחר על כל פוליסה ו/או תביעה ו/או 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/תל"ב או הייתי מעורב בו לרבות צילום תיק תל"ג מלא.
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1891, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/אירגונים המצויים להלן.
הבקשה לקבלת מידע אישית ככל שהדבר נוגע לביטוח וזכות וחובות על פי הפוליסה.
ויתור זה מחייב אותי, וזה עזבוני את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.

החתימה	שם המועמד	מספר זהות	החתימת המועמד	החתימה	שם המועמד
_____	הראשי לביטוח	_____	הראשי לביטוח	_____	הראשי לביטוח
_____	השני לביטוח	_____	השני לביטוח	_____	השני לביטוח

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

תאריך	שם העד	מספר זהות העד	חתימת העד
_____	_____	_____	_____

כא

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמד/ים לביטוח

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח/ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ג. אני מצהיר/ה ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.
ד. ידוע לי/נו שחובה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרימה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
ה. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה.
אני/נו מסכים/מה כי המידע ימסר לצורך עינו, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

א. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, 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 במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
ב. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במקשר תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
ג. הני מצהיר כי יעניתי במסגרת המוצרים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.
ד. כל ההצהרות הנוגעות לילדינו הקטנים נמסרות על ידינו כאפטרופוס/ס טבעיים שלהם.
ה. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבעליהן "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי ד"ן.
ו. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.
ז. אני מצהיר כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות מכתבים ביטוח ממוחשבים ומכתבים ביטוח ממוחשבים.
ח. אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.
ט. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך	חתימת המועמד	חתימת המועמד	חתימת המועמד
_____	הראשי לביטוח	_____	הראשי לביטוח
_____	השני לביטוח	_____	השני לביטוח

כב

הצהרת הרוכש בעת מילוי הצעת הביטוח

א. אני הרוכש, _____ מספר זהות _____
מצהיר בזה כי דיברתי עם המועמד/ים לביטוח ששמו/ם _____ מספר זהות/ות _____
מילאתי בעבורם/ם ובשמו/ם את ההצעה לביטוח וכי כל הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח ניתנו לי ישירות על-ידי ובהסכמתו המלאה.

ב. אני מצהיר כי פרטי בפני המועמד/ים לביטוח את סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות החריגים והסייגים המהותיים הכלולים בו, וכן אמרתי לו/להם (במקרה של ביטוח בריאות) את כלל הגילוי הנאות שנובעו על-ידי המבקש על הביטוח.
ג. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הצהירו/ו בפניי שכל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
ד. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הסכים/ים לכך שכל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח/ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ה. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח מאשר/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתנו/תם זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.
ו. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח שחובה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד/ים לביטוח ולאחר שהפרימה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המועמד/ים לביטוח, ממועד חתימתו/ם על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעברו ועד למועד האישור בכתב על קבלתו/ם לביטוח.
ז. אני מצהיר כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/ם ובהסכמתו/ם של המועמד/ים לביטוח. הודעתי למועמד/ים לביטוח כי מטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה, וימסר לביטוח הסכים/ים לביטוח המועמד/ים לביטוח עינו, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.
ח. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח כי בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו/ם לביטוח, ואשר אירע למועמד/ים לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
ט. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח, כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במקשר תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
י. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח, שכל ההצהרות שנוגעות לילדינו/הם הקטנים נמסרו על ידינו/הם כאפטרופוס טבעי שלהם.
יא. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי של המועמד/ים והוא/הם מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי/להם שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבעליהן "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי ד"ן. כמו כן הובא לידיעתי/ם והוא/הם מסכים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי/ם על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.
יב. המועמד/ים לביטוח מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לו/להם שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות מכתבים ביטוח ממוחשבים ומכתבים ביטוח ממוחשבים.
יג. אבטחת מידע מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי/הם, להחשף לאחרים. המועמד/ים מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתו/ם את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, הובא לידיעתי/ם כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך	שם הרוכש	מספר הרוכש	חתימה
_____	_____	_____	_____

מספר פוליסה

--



020200401

מספר זהות

--

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

תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון

- ידוע ל/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע ל/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/לנו על-ידי הבנק הודעה מייוחדת בעין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להציג/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע ל/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון X

1. אני/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות / ח"פ _____

מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בנין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנגטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע ל/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל פד.

ב. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תמסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

אישור הבנק

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

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
אלנבי 115, ת"א 65817

אישור הבנק - חתימה וחומתם

--

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגטי או ברשימות שתיצאו 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 לביצועו; 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 בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר תשלומים 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 וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X

"אפי" 03/06/01 - 11/0011