

מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן
חוזמת תאריך קבלה בחברה



020102701

הצעה לביטוח חיים



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

שם בעל הפוליסה	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה
מספר טלפון:	טלפון נייד:	E.mail:
המען	מיקוד:	פקס:

ב	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	כתובת: רח'	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	ילדים
	מקצוע	עיסוק בפועל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם רופא מטפל								
	*האם אתה מבטוח בביטוח חיים ו/או בריאות בחברה אחרת או במגורה מבטחים ביטוח בע"מ?											
	חתימת מבטוח ראשי שני											
	במידה והמבטוח מבקש לרכוש כיסוי ריסק ו/או אובדן כושר עבודה יש לענות על השאלות הבאות:											
	1. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)											
2. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?												
כן, מלא שאלון מתאים לא, כן, מלא שאלון מתאים לא, כן, מלא שאלון טייס												

* החל מ-1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ג	מיני מוטבים לביטוח חיים במות לפני תקופת הביטוח	ראשי מבטוח	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
			ב	ר	ב	ר	ב	ר	
			100 %						
שני מבטוח	מיני מוטבים לביטוח חיים במות לפני תקופת הביטוח	ראשי מבטוח	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
			ב	ר	ב	ר	ב	ר	
			100 %						
מיני מוטבים לביטוח חיים במות לפני תקופת הביטוח	ראשי מבטוח	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה	100 %

ד	השם הפרטי + שם המשפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)	מספר זהות	תאריך לידה ומין	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
ה	טבלת כיסויים סוגי ביטוח	ריסק (1)	80	ש"ח	מבטוח ראשי	מבטוח שני	ש"ח
		ריסק (5)	70	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
		רצף הכנסה	70	תקופת ביטוח שנים	תקופת ביטוח שנים	פיצוי חודשי	פיצוי חודשי
		נכות מתאונה	65	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
		מוות מתאונה	65	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
קרן אור טופ (כיסוי למחלות קשות)	70	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
עוד בחיים	65	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח		
אחר							
אופן התשלום פרטי הפוליסה							
הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)							
תדירות התשלום חודשית רבע שנתית חצי שנתית שנתית							
תאריך תחילת הביטוח 01 20							
פרמיה מבוקשת							

סכומי ביטוח צמודים למדד.

1 הצעה לביטוח

2 הצהרת בריאות

3 המשך הצהרת בריאות

4 הצהרות

5 הרשאה לחיוב חשבון

יא	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	פרטים מזהים
פרטי ילדים					השם הפרטי + שם השפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)
					מספר הזהות
					תאריך לידה ומין

יב	שאלון כללי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד.							
שאלון בריאות ילדים	ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	שם הילד							
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
	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 (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות. 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? (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 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 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).							
	ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	שאלון מחלות/הפרעות האם יש לך או אי פעם היו לך סימני המחלות/ההפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון רלוונטי							
	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם							
1. מערכת העצבים נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי שאלון מחלות עצבים								
2. ריאות ו/או דרכי נשימה שאלון מחלות דרכי נשימה								
3. הפרעות בספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, מחלות 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, הפרעות מטבוליות שאלון מחלות מטבוליות								
8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות?								
9. בעיות גניקולוגיות (לנשים) שאלון מחלות נשים								
10. הפרעות בערמונית, אשכים (לגברים). שאלון מחלות פרוסטטה ואשכים								
11. בעיות עור שאלון מחלות עור								
12. עיניים (כולל משקפי ראייה מספר 7 ומעלה), אוזניים, אף, סינוסים, שיניים, לוע וגרון. שאלון מחלות עיניים אוזניים אף								
13. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת החיבור שאלון בעיות גב, שאלון מחלות פרקים								
14. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?								
15. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה (אם כן - פרט)?								

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

שם בעל הפוליסה

מספר זהות/דרכון

מספר פוליסה

020102901

יג

ותור על סודיות רפואית

אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס הטבעי שלהם, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יציא מהכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חתימת מבטוח ראשי

חתימת מבטוח שני

תאריך שם המועמד

תאריך שם המועמד

מספר זהות חתימה

מספר זהות חתימה

עד לחתימה: שם

עד לחתימה: שם

מספר זהות חתימה

מספר זהות חתימה

יד

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקשת מועמדם/מביטוח: לביטוח:

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

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 במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. אני/אנחנו מסכים/ם ומסכים/ם בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתה.

ד. ידוע לי/ינו שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי:

ה. שלא השתנה מצב הבריאות של המבטוח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.

ו. 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

ז. מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

ח. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.

ט. 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 שבשליטת מנורה מבטחים החזקות 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 דין.

י. 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 דיור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.

יא. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.

יב. 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 וחותמת המועמד לבעלות על הפוליסה חתימת המועמד הראשי חתימת המועמד השני

טו

מזי הסוכן של המבטוח

מבטוח נכבד, על-פי סימן ו' לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטוח. על-פי דרישתך בכתב אתה יכול למנותו כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אם כן, נבקש ממך לחתום על נוסח הפניה לחברה.

תאריך מקום

חתימת המועמד לביטוח

טז

הצהרת הסוכן

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעל/ת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על-ידי בעל הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.

תאריך שם הסוכן

מספר הסוכן

חתימת הסוכן

02/03/03 - 12/0021 "אפי"

4

הצהרות

5

הרשאה לחיוב חשבון

מספר פוליסה

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

020102901

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

הרשאה זו מיועדת לתשלום פרמיות ביטוח חיים ב"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן "החברה"), באמצעות כרטיס אשראי. החברה מתחייבת לחייב אך ורק על-פי הסכומים הנקובים בפוליסות, תוספותיהן ותנאיהן.

שם בעל הכרטיס	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות
כתובת	הרחוב/ת"ד	מספר בית	מספר הדירה
סוג כרטיס האשראי שים לב! אין לשלם בכרטיס שהונפק בחו"ל			
☐ ויזה כאל ☐ לאומי ויזה ☐ ישראל/מסטרקארט ☐ דינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר, פרט			
מספר כרטיס האשראי	תוקף כרטיס האשראי	שנה	חודש

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ שובר זה נחתם על-ידי מבלי 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 וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעלת כרטיס האשראי

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

- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, וידוע לי/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/ות ותוספותיה.

תאריך חתימת בעלי החשבון X

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד בנק

סניף

כתובת

אני/ה"מ

1. שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות / ח"פ

- מכתובת רחוב מספר עיר מיקוד
- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.
- ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יתברר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

אישור הבנק

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצוינו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נם 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 יגוע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

אישור הבנק - חתימה וחומתמת

תאריך בנק סניף