



020200101

מספר תיק
מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה לביטוח בריאות "אופק רחב" ו"תרופה מושלמת"

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/ את הפרטים הבאים:

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

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"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <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"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	ילדים
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס
	מקצוע	עיסוק בפועל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	גובה	משקל	

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"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	ילדים
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס
	מקצוע	עיסוק בפועל	שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	גובה	משקל	

ד	הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין	גובה	משקל
	ילד ראשון					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		(לילדים מעל גיל 14)
	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		

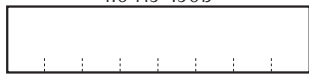
ה	אופן התשלום	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע)	<input type="checkbox"/> באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב")
	פרטי הפוליסה	<input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____	<input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)
	תדירות התשלום	<input type="checkbox"/> חודשית <input type="checkbox"/> חצי שנתית <input type="checkbox"/> רבע שנתית <input type="checkbox"/> שנתית	

תאריך מוצע להתחלת הביטוח

01	20
----	----

ו	אופק רחב	מבטח ראשי	מבטח שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	הוספת נספח "תרופה מושלמת" לפוליסה מס' _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	תרופה מושלמת (כיסוי יסודי)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

ט	שאלות על מחלות מועמד ראשון, מועמד שני, וילדים עד 18, יש לציין שם כל ילד	מבטח ראשי	מבטח שני	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי		
שאלון בריאות	1. האם אתה סובל או סבלת בעבר, או עובר כעת אבחון או טיפול בקשר לאחת או יותר מהמחלות הבאות: מחלה ממארת (סרטן), מחלת לב וכלי דם, מחלת דם, אלצהיימר או ירידה בזיכרון, פרקינסון או רעד, סוכרת, הפרעות קשב וריכוז, דלקת פרקים או שגרון ראומטיזם?	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
	2. האם אתה מקבל כעת, או קיבלת במהלך השנה האחרונה, תרופות מרשם או כל סוג אחר של טיפול רפואי ו/או האם קבלת המלצה מרופא בדבר הצורך בנטילת תרופות או בטיפול במצב רפואי כלשהו (לרבות מחלות שלא הזכרו בשאלה 1 לעיל)? למטרות שאלה זו, אין צורך להצהיר על טיפול בבעיות מינוריות שבדרך כלל נמשכות לתקופה קצרה בלבד ושפופיה החלמה מלאה מהן, או תרופות לטיפול בלחץ דם גבוה, או כולסטרול גבוה, או שומנים בדם, או תת פעילות בבלוטות התריס או טיפול באמצעות תרופות מדללות דם.	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
	3. שאלה למועמדים לתוכנית "אופק רחב" בלבד האם קבלת ייעוץ רפואי לעבור תהליך של השתלת איבר או טיפול רפואי בחו"ל, בין באותה עת ובין בעתיד?	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט _____

הנני מצהיר כי תשובותי לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודעת/ת כי תשובות כוזבות לא אלא מלאות בידועין או בכוונה מקנות ל"חברה" את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.
הריני מצהירה/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסות, הקשורים אליהן. הריני מסכימה/ה כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

י	ותר על סודיות רפואית	לכבוד א.ג.ג.
	אני הח"מ מוותר 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 המל"ל) ו/או משהב"ט/צ"ה ו/או כל רופא או מוסד בתחום הרפואי ו/או בתי אבות ו/או כל קרנות הפנסיה והנמל ו/או משרד הבריאות ו/או מוסדות שיקומיים ו/או מוסדות נמלה ו/או מוסדות רוחה ו/או מוסד רפואי או מוסד רפואי, מכון בדיקות רפואי וכל רופא או עובד אחר שישלפ בי או יפיל בחומר הנוגע למצבי הבריאות/סוציאלי/נפשי ותשלומים שקיבלתי עקב מצבי וכן למסור לי: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן: "המבקשים") כל מידע על מצבי הבריאות /שיקומי/סוציאלי/סיועני ונפשי. אני מתירה 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 מידע מצד ג' ותשלומים. אני מתירה למשטרת ישראל למסור כל מידע על כל תיק תאונה/לתי"ן בו הייתי מעורב על לרבות צילום תיק לתי"ן מלא. הבקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/אירגונים המצויים הלהן. הבקשה לקבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לביורר זכויות וחובות על פי הפוליסה. יתרו זה מתייב אותי, את עובדי את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.	תאריך החתימה _____ שם המבטח הראשי _____ מספר זהות _____ חתימת המבטח ראשי _____
	תאריך החתימה _____ שם המבטח השני _____ מספר זהות _____ חתימת המבטח שני _____	תאריך _____ שם העד _____ מספר זהות העד _____ חתימת העד _____

יא	אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:	הצהרת המועמד למתלת על הפוליסה ומועמד/ם 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) אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמש בסיס לחיוב הביטוח בימי/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. ג. אני/נו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלתי או דחייתו של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין. ד. ידוע לי/נו שחובה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבטח, מועמד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח. ה. הריני מצהירה/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. ו. אני/נו מסכים/ים כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981. ז. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו כספה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואית, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנה במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג. הביטוח אינו כספה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה. ח. הריני מצהיר כי עיניתי במדויק המוצאים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי. ט. כל הצהרות הנוגעות לילד/ינו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם. י. אני מצהיר בזה כי הבא לידעתי, ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידעתי של מנורה מבטחים ביטוח, יחזק במאגר מידע ממוחשב בו נהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר נסיבות רפואיות, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברת שבשליטת מנורה מבטחים החקוקות 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. יא. אני מסכים כי נתונים אשר ישמרו במאגרי המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מיקבוצת מנורה מבטחים, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" לצורך כל פעילות שיווקית אחרת. יב. 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, עשי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להישפץ לאחרי. 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 תוויה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגרם המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.	תאריך _____ חתמת וחתיתם בעל הפוליסה _____ חתימת המבטח הראשי _____ חתימת המבטח השני _____

יב	על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין בימינו סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:	מיוו הסוכן כשלוחו של המבטח
	נוסח חוזה הביטוח - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני מפנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.	תאריך _____ חתמת וחתיתם בעל הפוליסה _____ חתימת המבטח הראשי _____ חתימת המבטח השני _____

יג	אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו 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 לידעת המבטח את ההצהרות הרשומות לעיל.	הצהרת הסוכן
	תאריך _____ חתמת וחתיתם בעל הפוליסה _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____	תאריך _____ חתימת הסוכן _____

א"מ" 03/06/01-11/0011



י"ד

הצרת הסוכן בעת מילוי הצעה למכירה עלפומ"ט

הצגה עליה יחתום כל סוכן בעת מילוי הצעת הביטוח

א. אני הסוכן, מספר זהות _____

מצהיר בזה כי ידברתי עם המועמד/ים לביטוח ששמו/ם _____

מספר זהות/ותם _____

מילאתי בעבור/ים ובשמו/ם את ההצעה לביטוח וכי כל הפרטים המפורטים בהצעה לביטוח ניתנו לי שירות על-ידי ובהסכמתו המלאה.

- ב. אני מצהיר כי פרטתי בפני המועמד/ים לביטוח את סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות החריגים והסייגים המהותיים הכלולים בו, וכן אמרתי ל/וליהם (במקרה של ביטוח בריאות) את כללי הגילוי הנאות שנקבעו על-ידי המפקח 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 מאשר/ים בזה כי קיבלו/ה או דחייתו של הצעת/ותם זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.
- ה. אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח מקבילים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה שמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/ביננו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ו. אני מצהיר כי הודעתי למועמד/ים לביטוח שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד/ים לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המועמד/ים לביטוח, ממעוד חתימתו/ם על הצהרת מנורה מבטחים ביטוח או בדיקה רפואית שעברו/ו ועד למועד האישור בכתב על קבלתו/ם לביטוח.
- ז. אני מצהיר כי המידע הכלול בהצגה זו ניתן מרצונם ובהסכמתו/ם של המועמד/ים לביטוח. הודעתי למועמד/ים לביטוח כי מטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח, וטיפול בכל העניינים הנוגעים מהפוליסה והקשרים אליה, אני מצהיר כי המועמד/ים לביטוח הסכימו/ו לכך שהמידע ימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות החתי"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/ים 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 ביטוח, שאירע במשך 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 לילדיו/יהם הקטינים נמסרו על ידי/יהם כאפטרופוס טבעי שלהם.
- יא. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתו של המועמד/ים והוא/הם מסכים/ים לכך, שהפרטים שנמסרו למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע ל/וליהם שיגיע 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 שמעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות ששליטת "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 ד"ן, כמו כן הובא לידיעתו/ם והוא/הם מסכים/ים כי הנתונים אשר יימסרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמו/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 מבקשים/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק ל/וליהם שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, והוא/הם מודעים/ים לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים ש/להם, להחשף לאחרים. המועמד/ים מבקשים/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובת/ם את קוד הגישה וסימטת המידע באמצעות האינטרנט, הובא לידיעתו/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 _____ מספר _____ חתימה _____
הסוכן _____ הסוכן _____

שאלון החלפה בעת החלפה / שינוי פוליסה

לכל שאלה סמן ✓ במקום המתאים

האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף?

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה זו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית. בסכומי הביטוח או בפרמיה?

תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימת מועמד ראשון לביטוח: X חתימת מועמד שני לביטוח: X

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

3. יודע לילנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נשאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
4. יודע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
6. הבנק רשאי להציג/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודע לילנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון X

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

אישור הבנק - חתימה וחומתם

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

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

מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נתן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו ה"גל בסייפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מונטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. יודע לילנו 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 ד"ן.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לביטול מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לביטול חיוב, לא יתיר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/וכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

אישור הבנק

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנ"ב 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיפיעו באמצעי מונטי או ברשימות שתציו 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/ה בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי וזה	<input type="checkbox"/> ישראכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
שם בעל כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> וזה כאל	<input type="checkbox"/> דיינרס		מספר זהות	
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 למניפת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למניפקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X