

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.



020102701

מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן
חוזמת תאריך קבלה בחברה

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

ג. מינוי מוטבים למקרה מוות				
ראשי	שם מלא	מספר זהות/דרכון	יחס קרבה	תאריך לידה
מבוטח ראשי				
שני	שם מלא	מספר זהות/דרכון	יחס קרבה	תאריך לידה
מבוטח שני				

הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ב. פרטי המועמדים לביטוח	מבוטח ראשי	מבוטח שני
שם משפחה		
שם פרטי		
מס' זהות/דרכון		
תאריך לידה		
מין	מין	מין
כתובת:	מס' בית	עיר
מיקוד	טלפון	
מקצוע		
עיסוק בפועל		
שם המוסד הרפואי המטפל		
שם רופא מטפל		
* האם אתה מבוטח בביטוח חיים		
לא	כן, בחברה	כן, בחברה
לא	כן, בחברה	כן, בחברה
ו/או בריאות בחברה אחרת או במנורה?		
כן, בחברה	כן, בחברה	כן, בחברה
ראשי	שני	
חתימת מבוטח		

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

ד. פרטי ילדים	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
השם הפרטי + שם המשפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)				
מספר זהות				
תאריך לידה ומין				

ה. טבלת כיסויים סוגי ביטוח	מבוטח ראשי	מבוטח שני	תקופת ביטוח לגיל	אופן התשלום
<input type="checkbox"/> ריסק (5) <input type="checkbox"/> ריסק (1)	ש"ח	ש"ח	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע)
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	ש"ח	ש"ח	65	<input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	ש"ח	ש"ח	65	בפוליסה מס' _____
<input type="checkbox"/> קרן אור טופ	ש"ח	ש"ח	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> באמצעות "הב" (יש למלא טופס "הב")
<input type="checkbox"/> איכות חיים טופ	ש"ח	ש"ח	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)
<input type="checkbox"/> עוד בחיים			65	<b>תדירות התשלום</b>
אחר				<input type="checkbox"/> חודשית <input type="checkbox"/> רבע שנתית <input type="checkbox"/> חצי שנתית <input type="checkbox"/> שנתי

\* מוות מתאונה מחייב רכישת כיסוי ריסק למקרה מוות.

ז. כיסויים ביטוחיים לילדים	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
<input type="checkbox"/> קרן אור טופ				
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה				

\* רכישת הכיסויים יחולו על כל הילדים שפרטיהם מולאו בטבלת פרטי הילדים.

ח. לבחירת המבוטח כיסוי אובדן כושר עבודה	פרמיה	תקופת המתנה	ביטוח לאומי קיזוז	מורחב	נכות תמידית ומוחלטת	סכום הפיצוי
<input type="checkbox"/> שווה לעתיד טופ - מקצועי	<input type="checkbox"/> פרמיה משתנה	<input type="checkbox"/> 1 חד' <input type="checkbox"/> 3 חד' <input type="checkbox"/> 6 חד'	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מבוטח ראשי: ש"ח _____ מבוטח שני: ש"ח _____
<input type="checkbox"/> שווה לעתיד פלוס - קלאסי	<input type="checkbox"/> פרמיה קבועה	<input type="checkbox"/> 3 חד' פרנצ'יז <input type="checkbox"/> 6 חד' פרנצ'יז	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	**לגיל 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> שווה לעתיד - כל עיסוק		<input type="checkbox"/> 3 חד'				**לגיל 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מקצועי לשנתיים ולאחר מכן לכל עיסוק						
<input type="checkbox"/> שיחורר (פרמיה קבועה)*						

\* במקרה ולא ירכש כיסוי אובדן כושר עבודה. \*\*ניתן לרכוש בין גיל 60 ל-76.

"אפי" 02/03/08-04/0021-1

**1 הצעה לביטוח**

**2 הצהרת בריאות**

**3 הצהרת בריאות והצהרות**

**4 הצהרות והרשאה לחיוב חשבון**





020102802

**יא. שאלון בריאות לילד ונוער**

	ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן: במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.								
1. מחלות קרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד/מעיים הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית ויגיל בגילוי המחלה.								
2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).								
3. קיימת נכות.								
4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.								
5. ריאות ודרכי הנשימה.								
6. הפרעות בלב, ובכלי הדם, איוושה בלב ולחץ דם.								
7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.								
8. הפרעות בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והלבלב.								
9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופיין.								
10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.								
11. בעיות הקשורות לעור.								
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.								
13. הפרעות בגב ובעמוד השדרה, פרקים ועצמות.								
14. סרטן. פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____.								
15. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.								
16. מצבים גינקולוגים ומחלות נשים.								
17. סכרת, טירואיד, שומנים והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות.								
18. בעיות התפתחות ו/א ליקוי למידה. פרט: _____.								
19. האם ילדך עבר ניתוח בעבר? פרט _____.								
20. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד?								
21. האם ילדך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת.								
22. האם ילדך נוטל תרופות? אם כן פרט שם התרופה ולאיה צורך.								

**יב. הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקש/ת מועמד/ים 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 למבטח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לענין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין המבטח והוא חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/אנחנו ומסכים/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו או נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראוי לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתו.
- 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 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 בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להקפת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני/נו מסכים/ים כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- ו. כל הצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידינו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת המועמד לבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

**יב. ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה נתון בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלטונות צה"ל, למשרד הביטחון ולהגנת הבריאות למסור למנורה חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסיניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

חתימת מבוטח ראשי	חתימת מבוטח שני
שם _____ תאריך _____	שם _____ תאריך _____
מספר זהות _____ חתימה _____	מספר זהות _____ חתימה _____
עד לחתימה: שם _____	עד לחתימה: שם _____
מספר זהות _____ חתימה _____	מספר זהות _____ חתימה _____

מספר פוליסה

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה



020102901

**א. מינוי הסוכן כשלוחו של המבוטח**

מבוטח נכבד, עליי ו/או לחוק חוזה הביטוח התשמי"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. עליי דרישתך בכתב אתה יכול למנותו כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אם כן, נבקש ממך לחתום על נוסח הפנייה לחברה.

תאריך \_\_\_\_\_ מקום \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח  X

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן  X

**הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי**

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

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	שם בעל הכרטיס
הרחוב/ת"ד	מספר בית	מספר הדירה	שם היישוב
המיקוד			
סוג כרטיס האשראי שים לב! אין לשלם בכרטיס שהונפק בחו"ל! <input type="checkbox"/> ויזה כאל' <input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל/מסטרקארט <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____			
מספר כרטיס האשראי	תוקף כרטיס האשראי	שנה	חודש

**לכבוד מנורה חברה לביטוח בע"מ** שובר זה נחתם על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלת/ת כרטיס האשראי \_\_\_\_\_

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

- ידוע לילנו כי הפרטים שצוינו בכתב הרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילנו 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 לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, יודיע לילנו על-ידי מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- נא לאשר למנורה חברה לביטוח 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	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614

אישור הבנק - חתימה וחומתם

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

**הרשאה לחיוב חשבון**

לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ אני/הח"מ \_\_\_\_\_  
 1. שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_

מכתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הני"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנגטי, או רשימות על-ידי מנורה חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי הרשאה".  
 2. ידוע לילנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה חברה לביטוח 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 הרשאה, אם נקבעו.

**אישור הבנק**

**לכבוד מנורה חברה לביטוח בע"מ**

אלנבי 115, ת"א 65817  
 קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב הרשאה.  
 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 בהתייבחותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.