

הצעה לביטוח חיים



020102701

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.

מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

שם בעל הפוליסה | מספר זהות/דרכון | תאריך לידה

מספר טלפון: | טלפון נייד: | E.mail:

המען: | מיקוד: | פקס:

חומת תאריך קבלה בחברה

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

הערות:

ב. פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות/דרכון | תאריך לידה

מין | מצב משפחתי

כתובת: רח' | מיקוד | עיר | מס' בית | טלפון

מקצוע | עיסוק בפועל | שם המוסד הרפואי המטפל | שם רופא מטפל

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

חתימת מבוטח ראשי | שני

* החל מ-1.04.11 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

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	תקופת ביטוח לגיל	מבוטח ראשי	מבוטח שני
<input type="checkbox"/> ריסק (5) <input type="checkbox"/> ריסק (1)	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	65	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	65	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/> קרן אור טופ	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/> איכות חיים טופ	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> עוד בחיים	65		
<input type="checkbox"/> רפואה מונעת	65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>		
אחר			

* סכומי ביטוח צמודים למדד. * מוות מתאונה מחייב רכישת כיסוי ריסק למקרה מוות.

ז. כיסויים ביטוחיים לילדים
<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 - <input type="checkbox"/> קלאסי	<input type="checkbox"/> פרמיה קבועה	<input type="checkbox"/> 3 חד' פרנצ'יז <input type="checkbox"/> 6 חד' פרנצ'יז				**לגיל 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> שווה לעתיד - <input type="checkbox"/> כל עיסוק <input type="checkbox"/> מקצועי לשנתיים ולאחר מכן לכל עיסוק		<input type="checkbox"/> 3 חד'				**לגיל 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> שיחורר (פרמיה קבועה)*						

* במקרה ולא ירכש כיסוי אובדן כושר עבודה. **ניתן לרכוש בין גיל 60 ל-67.

02/03/01-07/00211-3 אפי

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/מעי הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סקיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית וגיל בגילוי המחלה.								
2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת). שאלון פציעה								
3. קיימת נכות. שאלון נכות								
4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה. שאלון עצבים								
5. ריאות ודרכי הנשימה. שאלון ריאות ודרכי נשימה								
6. הפרעות בלב, ובכלי הדם, איוושה בלב ולחץ דם. שאלון לב וכלי דם								
7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת. שאלון וושט ודרכי עיכול								
8. הפרעות בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והבלב. שאלון תפקוד כבד, כיס מרה וטחול								
9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופיין. שאלון כליות ודרכי שתן								
10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון. שאלון ספירת דם וקרישה								
11. בעיות הקשורות לעור. שאלון עור								
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך. שאלון עור								
13. הפרעות בגב ובעמוד השדרה, פרקים ועצמות. שאלון גב								
14. סרטן. פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____								
15. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון. שאלון עיניים, אוזניים ואף								
16. מצבים גינקולוגים ומחלות נשים. שאלון מחלות נשים								
17. סכרת, שירואיד, שומנים והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות								
18. בעיות התפתחות ו/א ליקויי 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 ולאזהר 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 למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחיית 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/נו 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 הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצעה 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 יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- ו. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים ומסורות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ז. אני מצהיר/ה בזה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ה, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שיעיג לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מעטמה, 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.
- ח. 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.
- ט. 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.
- י. 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 _____

יג. ייתור על סודיות רפואית

<p>חתימת מבטוח ראשי</p> <p>שם המועמד _____ תאריך _____</p> <p>מספר זהות _____ חתימה _____</p> <p>עד לחתימה: שם _____</p> <p>מספר זהות _____ חתימה _____</p>	<p>חתימת מבטוח שני</p> <p>שם המועמד _____ תאריך _____</p> <p>מספר זהות _____ חתימה _____</p> <p>עד לחתימה: שם _____</p> <p>מספר זהות _____ חתימה _____</p>
--	---

אני החתום מטה נותן 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, לשלטונת צה"ל, למשרד הביטחון ולהחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח 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 שהני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם 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 מחלותיי כניל ומותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבי וביא כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

1-1-002/07-01-03/02 אפי"

מספר פוליסה

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה



020102901

י. מינוי הסוכן כשלוחו של המבוטח

המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, אני/נו, החתום/ים מטה, ממנה/ים בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום לעיל להיות שלוחי/שלוחו לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולענין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

מבוטח נכבד, על-פי סימן ו' לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבוטח. על-פי 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**

עו. 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 מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן "החברה"), באמצעות כרטיס אשראי. החברה מתחייבת לחייב אך ורק על-פי הסכומים הנקובים בפוליסות, תוספותיהן ותנאיהן.

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות
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 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 חייבים 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 מסלוקה סניף בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614

- ידוע לילנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יזיפיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין 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 להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- 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	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614

אישור הבנק - חתימה וחתימת

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

לכבוד בנק _____
 סניף _____
 כתובת _____
 אני/הח"מ _____
 1. שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות / ח"פ _____

- מכתובת _____
- נותרים 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 מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע 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 דין.
 ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכזר עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר.
 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- _____, אלנבי 115, ת"א 65817, להעביר לך/לך את סכומי החיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגטי או ברשימות שתצונו 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/ו בעלי החשבון מן ההסדר.
 אישור זה לא יפגע בהתייבחותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____