



020200101

מספר תיק
מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה לביטוח בריאות

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.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר פקס
				אלמן <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס
מקצוע	עיסוק בפועל		טלפון נייד		
*האם אתה מבטח בביטוח בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____					
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____					
חתימת מבטח ראשי <input checked="" type="checkbox"/>					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר פקס
				אלמן <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס
מקצוע	עיסוק בפועל		טלפון נייד		
*האם אתה מבטח בביטוח בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____					
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____					
חתימת מבטח שני <input checked="" type="checkbox"/>					

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

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין		
						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 בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____							
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____							

שם מלא	מספר זהות/דרכון/ת.פ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
100 %					
שם מלא	מספר זהות/דרכון/ת.פ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין	% חלוקה
100 %					

*למילוי רק עבור התוכניות הבאות: בריאות מושלמת טופ לסוגיה, כמו גדולים טופ, עתיד בריא, ניתוחים בחו"ל.

תאריך מוצע להתחלת הביטוח	01 200
--------------------------	----------

1-110008-06/03:06 אפי"

1.6.08	הצעה לביטוח	1
1.6.08	המשך הצעה לביטוח	2
1.6.08	הצהרת בריאות	3
1.6.08	המשך הצהרת בריאות	4
1.6.08	הוראה לחיוב חשבון	5



020200201

* ניתן לבחור באפשרות אחת בלבד:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP ללא ברות ביטוח (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת נטו סף פיצוי (לפי מדד 10404) 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כמו גדולים TOP (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כמו גדולים 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עתידי בריא (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אופק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אופק רחב <input type="checkbox"/> אופק רחב עולמי (הכיסוי כולל אופק רחב וניתוחים בחו"ל)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה טופ - פיצוי לימי אשפוז** (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח) ** ניתן לרכוש גם ככיסוי נוסף בפוליסת הבריאות

* תוכניות הביטוח הסודר

ז						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "בריאות מושלמת פלוס"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "רפואה מונעת" - כתב שרות אמבולטורי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "תרופה מושלמת" - למצטרפים ל: "בריאות מושלמת 2000"/"עתידי בריא"/"כמו גדולים 2000"
<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"/>	קן לחיים - ביטוח למקרה גילוי מחלת הסרטן (לבחירתך סכום ביטוח בין 50,000 ש"ח עד 400,000 ש"ח. ליילדים עד 200,000 ש"ח)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אבדן כושר עבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "תוספת לביטוח עתידי בריא" - הרחבה לכיסוי לכל הניתוחים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח שירותים רפואיים לתוכניות אופק ואופק רחב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "ניתוחים בחו"ל" - לתוכניות אופק / אופק רחב / עתידי בריא (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	היי טק קייר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה טופ - פיצוי לימי אשפוז (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה - פיצוי לימי אשפוז (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	החלמה מושלמת - פיצוי לימי החלמה (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאותק (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאותק טופ (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול החרגת תאונת עבודה (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000 וכמו גדולים טופ/2000).

סיפוס טיפוסים

ח						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה 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.

אשור המבוטח הרוכש תכנית בריאות מושלמת 100 לבעלי שב"ן עם ברות או ללא ברות

"אפי" 03/06/06-08/0011-2

חתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח השני

1.6.08	המשך הצעה לביטוח	2
1.6.08	הצהרת בריאות	3
1.6.08	המשך הצהרת בריאות	4
1.6.08	הוראה לחיוב חשבון	5

יא	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	
					שם המוסד הרופא המטפל
					שם הרופא המטפל
					האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן: במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.
	לא	לא	לא	לא	כן
					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 קרובה משפחתית וגיל בגילי 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 והבלב.
					9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופיפ.
					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 גילי ומיקום:
					15. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.
					16. מצבים גינקולוגיים ומחלות נשים.
					17. סכרת, טירואיד, שומנים והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות.
					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/א 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 ו/א תאריך.

יא	יצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח
	<p>אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <p>א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.</p> <p>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 ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>ג. אני/מאשרים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחייתם של הצעותינו ו/או נתון לשקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.</p> <p>ד. ידוע לי/נו שחובה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרסומים הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.</p> <p>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/ים כי המידע יימסר לצורך עינון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.</p> <p>ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו מסכה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (הריני: מערכת נגיבת רפואית, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.</p> <p>ז. הביטוח אינו מסכה 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.</p> <p>ח. הריני מצהיר כי עיינתי במדריך המוצגים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.</p> <p>ט. כל ההצהרות הנוגעות לילד/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.</p> <p>י. אני מצהיר/ה בזה כי הובא לידיעת, ואני מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יחזק במאגר מידע ממוחשב בו נהגת "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.</p> <p>יא. מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח על-ידי חברה אחרת מקבוצת מנורה מבטחים, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.</p> <p>יב. מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תתייחס לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחה מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.</p> <p>יג. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה ו/א סיסמת 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.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	יצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח
	<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלטונות צה"ל, למשרד הביטחון ולהברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ה"ה"ל "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 שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והני משחרר אתכם וכל רופא מרפאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כניל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לזיל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עדבוי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיני חשבו בכל הנוגע לבריאותי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם ציונו בהצעה.</p> <p>הבקשה לקבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	יצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח
	<p>על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, תחום על הנוסח שלהלן:</p> <p>נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שליחי לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולענין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	יצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח
	<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 ההלפון <input type="checkbox"/> הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המבטח את ההצהרות הרשומות לעיל.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

1-0011-08/06/03-אפי"מ

מספר פוליסה

--



020200401

מספר זהות/דרכון

--

תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון

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

לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

- ידוע לילינו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לילינו 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.

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

- הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילינו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

1. אני/הח"מ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות / חי"פ _____
מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותנים לכם בהוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שצמצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לילינו 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 דל.
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 אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

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

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

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו 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 בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

--

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

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" 03/06/06-08/00 11