



טופס 3-110

טופס הצעה מטריה טופ
לעמיתי קרן הפנסיה מנורה מבטחים

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)

שם בעל הפוליסה	○ מספר זהות/○ דרכון	תאריך לידה	טלפון בבית	טלפון נייד
כתובת	מיקוד	e-mail: פקס.		

ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	○ מספר זהות/○ דרכון	תאריך לידה	מין ○ זכר ○ נקבה	רווק ○ אלמן ○ גרוש ○ נשוי	ילדים
כתובת:	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית:	טלפון נייד:
מקצוע	עיסוק בפועל	פקס.	e-mail:			

ג. אופן התשלום

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

○ כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) ○ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") ○ הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) ○ הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו: הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

להלן פרטי החשבון:

מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____

תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון X

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.

תדירות התשלום: חודשית

ד. מטריה טופ - ביטוח משלים לביטוח נכות בקרן הפנסיה (יירכש כפוליסה יסודית)

<p>מטריה טופ - שלושה חודשי המתנה בפרמיה משתנה</p> <p>יש לבחור אחד או יותר מכיסויי הבסיס הבאים:</p> <p>○ כיסוי להגדרת מקרה ביטוח לפי עיסוק ספציפי</p> <p>○ כיסוי לביטול תקופת אכשרה</p> <p>○ כיסוי ביטול קיזוז*</p> <p>הרחבות למטריה טופ (יחולו על כל כיסויי הבסיס שנבחרו):</p> <p>○ תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנציזיה).</p> <p>○ הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים</p> <p>○ הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי ○ 1% לשנה ○ 2% לשנה</p> <p>○ תשלום נוסף במקרה סיעוד (ניתן לרכישה עבור תקופת אכשרה וביטול קיזוז בלבד).</p> <p>**תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה/גידול שכר מעבר לגג חתם בקרן הפנסיה: _____</p> <p>(בהעדר תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה יקבע תאריך ההצטרפות כתאריך תחילת הביטוח לכיסוי מטריה טופ. בהתאמה, תום תקופת האכשרה תהיה בתום 5 שנים מהמועד האמור).</p> <p>* כיסוי לביטול קיזוז קצבת הנכות ע"י קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי.</p> <p>** רלוונטי רק לכיסוי לביטול תקופת אכשרה.</p>	<p>סכום הפיצוי החודשי: _____ ש"ח</p> <p>שיעור הפיצוי החודשי 75% <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>שיעור דמי הגמולים</p> <p>○ 20.83%</p> <p>○ אחר _____%</p> <p>גיל תום:</p> <p>○ 67</p> <p>○ אחר (60-67) _____</p> <p>השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%.</p> <p>הצהרות בעל רישיון</p> <p>1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2018-1-8 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית.</p> <p>2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכש את ההרחבה.</p> <p>* במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל הרישיון X</p>
--	--

הערות:

השכר המבוטח בקרן הפנסיה יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי החודשי בשיעור דמי הגמולים על 20.83%.
גובה דמי הגמולים יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי בשיעור הפיצוי החודשי (75%) והכפלה בשיעור דמי הגמולים.
במידה שבעתיד ינוידו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבוטח להודיע על כך לחברה.
במידה ולא נבחר גיל תום, הכיסוי יסתיים בגיל 67.

ה. כיסויים ביטוחיים (יירכש כפוליסה נפרדת)

רכישת נספח אקסטרא Life כפופה לכך שההצטרפות לכיסוי הביטוחי למקרה מוות בתכנית הביטוח במסגרתה נרכש הנספח תהיה בתנאים רגילים (ללא כל סייג או תוספת הנובעים מחיתום, לרבות תוספות שבוטלו עקב הטבות או הנחות).	סכום ביטוח	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל	ריסק (1)
* רכישת נספח אקסטרא Life כפופה לכך שההצטרפות לכיסוי הביטוחי למקרה מוות בתכנית הביטוח במסגרתה נרכש הנספח תהיה בתנאים רגילים (ללא כל סייג או תוספת הנובעים מחיתום, לרבות תוספות שבוטלו עקב הטבות או הנחות).	○ 250,000 ש"ח	80	○ ריסק (1)
	○ 500,000 ש"ח		
	○ 750,000 ש"ח		
סכומי הביטוח צמודים למדד	הגדלת סכום הביטוח תהיה בסכום הנמוך מבין 300,000 או 20% מריסק (1)	55	○ אקסטרא Life * הגדלת סכום הביטוח באירועים משפחתיים כיסוי נוסף לריסק (1)
	תקופת ביטוח _____ שנים פיצוי חודשי _____ ש"ח	80	○ רצף הכנסה

ו. מוטבים (רק לכיסויים ביטוחיים מסעיף ה')

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**
				100%

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו הירושים החוקיים. ** במידה ולא נמסרו % חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח.
במידה ואינך מעוניין שנעביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il.
לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למוטבים של מבוטחים שנפטרו, לאתר חסכונות פנסיוניים. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן – המסמכים) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הינך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד מהאמצעים המפורטים מטה. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב-2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

ז. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזאת כי:

- כל התשובות המפורטות בהצהרה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
- כל התשובות המפורטות בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולתי או דחייתו של הצעת זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- המידע נמסר מרצוני ובמסגרת יושמש לפיקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדיון. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטייך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד

- אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/המתנה/החרגות, ככל שישנן.
- אני מאשר כי בעל הרשיון בירך את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכלל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
- אישור מועמדים לביטוח שביצע החלפת פוליסות (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריתת החוזה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה:

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 - במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי גבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
 - הריני מאשר כי בכונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת **
- * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X

אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X

ח. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).

שם מבוטח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X _____

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

ט. הצהרת סוכן

1. אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
2. אני מצהיר בזאת כי ביצעתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
3. במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
4. אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד/ת לביטוח להצהרת הכפל - הצהרה ט', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
5. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
 - ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח
 - באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג'.
 - באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.

תאריך: _____ שם סוכן X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X _____

שם בעל הפוליסה	מס' הזהות/דרכון	מס' פוליסה
----------------	-----------------	------------

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

שאלון בריאות למבוטח		שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
שאלות כלליות על מצב רפואי בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט							
ריסק ביטול קיזוז ולאו ביטול תקופת אכשרה	כיסוי עיסוקי	1.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר באופן קבוע.	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אלכוהול		
		2.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סמים		
		3.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (למעט אישפוז למטרת לידה)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון פרוט/י את שם התרופה, והסיבה לנטיילתה		
		4.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטוח ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?		
		5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטוח ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטוח ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?		
		6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון פרוט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע		
		7.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון פרוט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע		
		8.	האם הינך מעשן? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.				
האם אובחנת במהלך חייר במחלות / הפרעות / ואו בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:							
ריסק ביטול תקופת אכשרה ולא ריסק	כיסוי עיסוקי	1.	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון בעיות עור		
		2.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מחלה נפשית		
		3.	אורטופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור		
		4.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אף/ אוזן/ גרון		
		5.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף דוחות ופתולוגיה		
		6.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פרפיראלי)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם		
		7.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מחלות דם וקרישה		
		8.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מערכת העיכול		
		9.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן		
		10.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון צהבת וכבד		
		11.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון כליות ודרכי השתן		
		12.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון דרכי נשימה/אסטמה		
		13.	מחלות ראוטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזרמה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור		
		14.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קטרקטוס	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון עיניים		
		15.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מערכת העצבים		
		16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	יש לצרף מסמכים רפואיים		
		17.	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון פרוסטטה ואשכים		
		18.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרייון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נשים		

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

חונתמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד
פרטי המשלם	שם מלא	דוא"ל	מס' טל' נייד

פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות מס' ב' / מס' מיקוד	סוג הכרטיס	אמריקן אקספרס / ישראל כרטיס / לאומי ויזה / דיין כרטיס
כתובת: ישוב רחוב מס' מיקוד		מספר כרטיס אשראי	

שובר זה נחתם על-ידי בלי 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 שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

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



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

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

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזכינו ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבנינו לבין המוטב.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

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 _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

אישור הבנק

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

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נס 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 יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחונתמת