

הצעה לביטוח חיים



020102701

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. השימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד.

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:

ב	מבוטח ראשי	מבוטח שני	
שם משפחה שם פרטי מס' זהות/דרכון תאריך לידה מין מצב משפחתי כתובת: רח' _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____ מקצוע עיסוק בפועל שם המוסד הרפואי המטפל שם רופא מטפל	שם משפחה שם פרטי מס' זהות/דרכון תאריך לידה מין מצב משפחתי כתובת: רח' _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____ מקצוע עיסוק בפועל שם המוסד הרפואי המטפל שם רופא מטפל	שם משפחה שם פרטי מס' זהות/דרכון תאריך לידה מין מצב משפחתי כתובת: רח' _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____ מקצוע עיסוק בפועל שם המוסד הרפואי המטפל שם רופא מטפל	
	* האם אתם מבוטח בביטוח חיים ו/או בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? חתימת מבוטח ראשי _____ חתימת מבוטח שני _____		
	במידה והמבוטח מבקש לרכוש כיסוי ריסק ו/או אובדן כושר עבודה יש לענות על השאלות הבאות: 1. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה) 2. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?		
	החל מ-1.1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.		

ג	מינוי מוטבים לביטוח חיים במות המבוטח לפי תום תקופת הביטוח	מבוטח ראשי	שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	100 %
	מבוטח שני		שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	100 %
	מינוי מוטבים לרצף הכנסה במות המבוטח		שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	
								נ ☐ ז ☐	100 %

ד	שם הפרטי + שם המשפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)	מספר הזהות	תאריך לידה ומין	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
פרטי ילדים							
ה	עבלת כיסויים סוג ביטוח ☐ ריסק (1) ☐ ריסק (5) ☐ רצף הכנסה ☐ נכות מתאונה ☐ מוות מתאונה ☐ קרן אור טופ (כיסוי למחלות קשות) ☐ עוד בחיים אחר _____	מבוטח ראשי ש"ח _____ ש"ח _____ תקופת ביטוח _____ שנים פיצוי חודשי _____ ש"ח ש"ח _____ ש"ח _____ ש"ח _____	מבוטח שני ש"ח _____ ש"ח _____ תקופת ביטוח _____ שנים פיצוי חודשי _____ ש"ח ש"ח _____ ש"ח _____ ש"ח _____	תאריך תחילת הביטוח 01 _____ 20 _____ פרמיה מבוקשת	אופן התשלום ☐ הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) ☐ באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ ☐ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") ☐ באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי) תדירות התשלום ☐ חודשית ☐ רבע שנתית ☐ חצי שנתית ☐ שנתית		

♦ סכומי ביטוח צמודים למדד.

1 הצעה לביטוח

2 הצהרת בריאות

3 המשך הצהרת בריאות

4 הצהרות

5 הרשאה לחיוב חשבון

2	הצהרת בריאות
3	המשך הצהרת בריאות
4	הצהרות
5	הרשאה לחיוב חשבון

יא	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	פרטים מזהים
פרטי ילדים					השם הפרטי + שם השפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)
					מספר הזהות
					תאריך לידה ומין

יב	שאלון כללי	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
שאלון בריאות ילדים	ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד.				
	שם הילד				
	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" ו"לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	כן	לא	כן	לא
	1. האם הינך סובל ממום מולד כלשהו/ואו האם יש לך נכות כל שהיא (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות.				
	2. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, C.T, MRI, ביופסיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות).				
	3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו? (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/יתבצע)				
	4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו? אם כן פרט, _____				
	5. האם נפצעת פעם? (אם כן - פרט מתי, חלק גוף, השלכות למצבך היום). שאלון פציעה				
	6. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית? אם כן פרט, _____				
	7. האם אתה צורך/צרכת סמים או שהינך שותה יותר מכוס אלכוהול אחת ביום? שאלון סמים				
	8. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות) היו או יש מחלות לב, סוכרת, מקרי סרטן השד, מעי הגס, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, נסיון התאבדות) או מחלה תורשתית אחרת (אם כן - פרט אצל מי, סוג המחלה וגיל גילוי המחלה).				
	שאלון מחלות/הפרעות				
	האם יש לך או אי פעם היו לך סימני המחלות/ההפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון רלוונטי				
	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" ו"לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	כן	לא	כן	לא
	1. מערכת העצבים נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי				
	2. ריאות ו/או דרכי נשימה.				
	3. הפרעות בספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, מחלות זיהומיות, מין, איידס.				
	4. לב ו/או כל דם, יתר לחץ דם.				
	5. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת				
	6. כליות ו/או דרכי השתן.				
	7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, הפרעות מטבוליות FMF, הפרעות מטבוליות והורמונאליות אחרות.				
	8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות?				
	9. בעיות גניקולוגיות (לנשים)				
	10. הפרעות בערמונית, אשכים (לגברים).				
	11. בעיות עור				
	12. עיניים (כולל משקפי ראייה מספר 7 ומעלה), אוזניים, אף, סינוסים, שיניים, לוע וגרון.				
	13. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת החיבור				
	14. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?				
	15. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה (אם כן - פרט)?				

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט: _____

3	המשך הצהרת בריאות
4	הצהרות
5	הרשאה לחיוב חשבון

מספר פוליסה

מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

020102901

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 את ורק על-פי הסכומים הנקובים בפוליסות, תוספותיהן ותנאיהן.

שם בעל הכרטיס	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות
כתובת	הרחוב/ת"ד	מספר בית	מספר הדירה
סוג כרטיס האשראי שים לב! אין לשלם בכרטיס שהונפק בחו"ל			
☐ ויזה כאל ☐ לאומי ויזה ☐ ישראל/מסטרקארט ☐ דינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ 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 חיובים 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 מסלקה סניף	בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614	

- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו 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 להוציאניו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, וידוע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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 X

הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד בנק

סניף

כתובת

אני/ה"מ

1. שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות / ח"פ

- מכתובת רחוב מספר עיר מיקוד
- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו 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 רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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.

אישור הבנק

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

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצוינו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 יגוע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

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

אישור הבנק - חתימה וחומתמת

תאריך בנק סניף