

**טופס מידע מהותי לגבי הביטוח, ובקשה להצטרף לביטוח חיים קבוצתי ע"ש לשכת רואי חשבון בישראל**

**מידע מהותי לגבי הביטוח:**

**הביטוח היסודי - מוות מכל סיבה שהיא.**  
**עיקרי הביטוח היסודי - במקרה של פטירת המבוטח מכל סיבה שהיא במהלך תקופת הביטוח תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח למקרה פטירה.**

**כיסוי נוסף - במקרה מוות מתאונה:**

**עיקרי הכיסוי הנוסף:** במקרה של מות המבוטח כתוצאה מתאונה, כהגדרתה להלן, אשר אירעה במהלך תקופת הביטוח ובהיות הפוליסה ונספח זה בתוקפם לגבי המבוטח, **ובתנאי שהמוות אירע בתוך 13 חודשים מתאריך התאונה**, וזאת אף אם המוות אירע לאחר תום תקופת הביטוח, תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח למקרה מוות מתאונה. כל זאת, בכפוף להצהרות המבוטח בטופס הצהרת הבריאות.

**הגדרת תאונה:** חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי ובלתי צפוי מראש, שקרה במשך תקופת הביטוח של נספח זה, ואשר נגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין המהווה ללא תלות בסיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית למות המבוטח. למען הסר ספק מובהר בזה כי פגיעה כתוצאה ממחלה או כתוצאה מהצטברות של פגיעות זעירות לאורך תקופה, או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית או כתוצאה מפגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית ו/או לחץ נפשי לא יחשבו כ"תאונה" לפי נספח זה.

|  |   |
|--|---|
| <p>הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יחל לפי המאוחר מבין המועדים שלהלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. יום כניסת הפוליסה לתוקפה: 1.11.2020.</li> <li>2. תחילת החודש שלאחר המועד בו נתקבלה בחברה הודעת בעל הפוליסה על הצטרפות המבוטח לביטוח.</li> <li>3. באם נקבע כי נדרשת חתימת מבוטח על בקשת הצטרפות – תחילת החודש לאחר המועד בו הודיעה החברה למבוטח על קבלתו לביטוח.</li> <li>4. באם נקבע כי נדרשת הצהרת בריאות – תחילת החודש לאחר המועד בו הודיעה החברה למבוטח על קבלתו לביטוח, ואם נקבעו למבוטח תנאי חיתום - בתחילת החודש לאחר המועד בו קיבלה החברה את אישור המבוטח בכתב לתנאים אלה.</li> </ol> | <p><b>תחילת הביטוח</b></p>                                  |
| <p>הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים לפי המוקדם מבין המועדים שלהלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. בהגיע המבוטח לגיל הביטוח המרבי: 70 שנה.</li> <li>2. בתום החודש בו סיים את קשריו עם בעל הפוליסה.</li> <li>3. תום תקופת הביטוח 31.12.2021 או ביטול פוליסה זו, לפי העניין.</li> </ol>  | <p><b>תום הביטוח</b></p>                                    |
| <p><input type="checkbox"/> <b>מקרה מוות מכל סיבה שהיא:</b><br/>118,000 ₪ במקרה מות המבוטח מכל סיבה שהיא.<br/>ניתנת אופציה לרכוש עד 13 יחידות ביטוח נוספות בסך 118,000 ₪ לכל יחידה.</p>  | <p><b>כיסויים ביטוחיים ופרוט סכום הביטוח לכל כיסוי.</b></p> |

01/11/2020

עמוד 1 מתוך 10

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

| <p><b>מוות מתאונה:</b> □<br/>118,000 ₪ נוספים במקרה מות המבוטח כתוצאה מתאונה. ניתנת האופציה לרכוש עד 6 יחידות ביטוח במקרה של מוות מתאונה בסך 118,000 ₪ לכל יחידה ולא יותר ממספר יחידות ביטוח במקרה מוות.</p>  |  |       |       |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|----|----|----|-----|----|---|----|----|----|-----|----|---|----|----|----|-----|----|---|----|----|--|--|----|---|----|----|--|--|----|----|----|----|--|--|--|
| <p><b>גובה הפרמיה לכל כיסוי</b></p> <p>□ <b>כיסוי למוות מסיבה כלשהיא (יחידה בסיסית):</b><br/>גובה הפרמיה החודשית עבור היחידה הבסיסית הינה 15.5 ₪.</p> <p>□ <b>כיסוי למוות מסיבה כלשהיא (יחידות נוספות):</b><br/>גובה הפרמיה החודשית עבור כל יחידה נוספת, ייקבע בהתאם לטבלה להלן:</p> <table border="1" data-bbox="175 694 829 1108"> <thead> <tr> <th>גיל</th> <th>פרמיה</th> <th>גיל</th> <th>פרמיה</th> <th>גיל</th> <th>פרמיה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>עד 31</td><td>4</td><td>45</td><td>11</td><td>59</td><td>47</td></tr> <tr><td>32</td><td>4</td><td>46</td><td>12</td><td>60</td><td>52</td></tr> <tr><td>33</td><td>4</td><td>47</td><td>13</td><td>61</td><td>58</td></tr> <tr><td>34</td><td>4</td><td>48</td><td>14</td><td>62</td><td>64</td></tr> <tr><td>35</td><td>5</td><td>49</td><td>16</td><td>63</td><td>71</td></tr> <tr><td>36</td><td>5</td><td>50</td><td>17</td><td>64</td><td>78</td></tr> <tr><td>37</td><td>5</td><td>51</td><td>19</td><td>65</td><td>87</td></tr> <tr><td>38</td><td>6</td><td>52</td><td>21</td><td>66</td><td>96</td></tr> <tr><td>39</td><td>6</td><td>53</td><td>23</td><td>67</td><td>106</td></tr> <tr><td>40</td><td>7</td><td>54</td><td>26</td><td>68</td><td>117</td></tr> <tr><td>41</td><td>8</td><td>55</td><td>29</td><td>69</td><td>129</td></tr> <tr><td>42</td><td>8</td><td>56</td><td>34</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>43</td><td>9</td><td>57</td><td>38</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>44</td><td>10</td><td>58</td><td>42</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>□ <b>כיסוי במקרה של מוות מתאונה:</b><br/>גובה הפרמיה החודשית עבור כל יחידה לכיסוי של מוות מתאונה הינה 3 ₪.</p> | גיל                                      | פרמיה | גיל   | פרמיה | גיל   | פרמיה | עד 31 | 4 | 45 | 11 | 59 | 47 | 32 | 4 | 46 | 12 | 60 | 52 | 33 | 4 | 47 | 13 | 61 | 58 | 34 | 4 | 48 | 14 | 62 | 64 | 35 | 5 | 49 | 16 | 63 | 71 | 36 | 5 | 50 | 17 | 64 | 78 | 37 | 5 | 51 | 19 | 65 | 87 | 38 | 6 | 52 | 21 | 66 | 96 | 39 | 6 | 53 | 23 | 67 | 106 | 40 | 7 | 54 | 26 | 68 | 117 | 41 | 8 | 55 | 29 | 69 | 129 | 42 | 8 | 56 | 34 |  |  | 43 | 9 | 57 | 38 |  |  | 44 | 10 | 58 | 42 |  |  |  |
| גיל   | פרמיה                                    | גיל   | פרמיה | גיל   | פרמיה |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| עד 31   | 4  | 45    | 11    | 59    | 47    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 32  | 4  | 46    | 12    | 60    | 52    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 33  | 4  | 47    | 13    | 61    | 58    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 34  | 4  | 48    | 14    | 62    | 64    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 35  | 5  | 49    | 16    | 63    | 71    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 36  | 5  | 50    | 17    | 64    | 78    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 37  | 5  | 51    | 19    | 65    | 87    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 38  | 6  | 52    | 21    | 66    | 96    |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 39  | 6  | 53    | 23    | 67    | 106   |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 40  | 7  | 54    | 26    | 68    | 117   |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 41  | 8  | 55    | 29    | 69    | 129   |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 42  | 8  | 56    | 34    |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 43  | 9  | 57    | 38    |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| 44  | 10                                       | 58    | 42    |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| <p>המבוטח.</p>  | <p><b>משלם הפרמיה לכל כיסוי</b></p>      |       |       |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| <p>לא יאוחר מיום 31/01/2021 תשולם פרמיה בגין 14 חודשי ביטוח</p>   | <p><b>תדירות ומועדי תשלום הפרמיה</b></p> |       |       |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |
| <p>□ <b>מקרה מוות מכל סיבה שהיא:</b><br/>החברה תהיה פטורה מתשלום סכום הביטוח אם פטירת המבוטח אירעה עקב התאבדות במהלך שנת הביטוח הראשונה.</p> <p>□ <b>מוות מתאונה:</b></p> <p>1. החברה לא תהיה אחראית לכיסוי לפי נספח זה אם מקרה המוות נגרם במישרין או בעקיפין על ידי או עקב אחת מאלה:</p> <p>1.1 נסיון להתאבדות או חבלה עצמית מכוונת, או סיכון עצמי במתכוון (למעט נסיון להציל חיי אדם).</p> <p>1.2 אלכוהוליזם או שימוש בסמים על-ידי המבוטח, פרט לשימוש בסמים בהתאם להוראות רופא.</p> <p>1.3 השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות שהינה עבירה בדרגת עוון או פשע.</p> <p>1.4 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו פרט לטיסת המבוטח בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.</p> <p>1.5 השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות ספורט אתגרי כדוגמת צלילה תת מימית, דאיה, צניחה ופעילויות</p>  | <p><b>החרגות</b></p>                     |       |       |       |       |       |       |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |    |     |    |   |    |    |  |  |    |   |    |    |  |  |    |    |    |    |  |  |  |

ספורט אתגרי נוספות בהתאם לרשימת הפעילויות הנחשבות לפעילות ספורט אתגרי לענין סעיף זה, כפי שתהיינה מעת לעת, שהוגשה לממונה ומפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.menora.co.il](http://www.menora.co.il), והמהווה חלק בלתי נפרד מתנאי נספח זה.

1.6 שימוש בחומרי נפץ.

1.7 מקרי תאונה כתוצאה מניתוחים. לענין זה יראו ניתוח ככל פעולה פולשנית-חדירתית ( Invasive Procedure ) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

2. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל בסעיף 1 החברה תהיה אחראית לפי נספח זה גם במקרה שבו מות המבוטח נגרם עקב תאונה כתוצאה מפעילות טרור או מלחמה פסיבית, ואולם החברה לא תהיה אחראית לפי נספח זה אם מות המבוטח נגרם במישרין או בעקיפין כתוצאה מאחד מהמקרים הבאים:

2.1 השתתפותו הפעילה או המסייעת של המבוטח בכל סוג של תפקיד, בפעילות תוקפנית צבאית או משטרתית, מהפכה, התקוממות, מהומות, התפרעויות, פעילות טרור.

2.2 שירותו של המבוטח בכל אחד מכוחות הביטחון, אם המבוטח זכאי לפיצוי מגורם ממשלתי גם אם המבוטח ויתר על זכות זו, ככל שמקרה הביטוח נובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או משטרתית ו/או בטחוני (כגון: צה"ל, שב"כ, משטרת ישראל, שב"כ וכיוצ"ב).

2.3 כל תוצאה של מלחמה או סכסוך מזוין, או של פעילות תוקפנית, אם נגרמו עקב פלישה או כיבוש ע"י צבא של מדינה זרה, או התרחשו במדינה אשר אינה מקיימת יחסים דיפלומטיים עם ישראל.

2.4 ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, קרינה מייננת, נשק גרעיני, ביולוגי או כימי.

3. חריג מצב רפואי קודם

לענין סעיף זה:

מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח. סייג בשל מצב רפואי קודם: סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבוטח מחבותו, או מפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>3.1</b> החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מנספחיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג בדבר מצב רפואי קודם.</p> <p><b>3.2</b> תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:</p> <p><b>3.2.1</b> היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - שנה אחת מיום תחילת הביטוח.</p> <p><b>3.2.2</b> היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.</p> <p><b>3.3</b> נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תסייג החברה את היקף חבותה בנוגע למצב רפואי קודם. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.</p> <p><b>3.4</b> הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והחברה לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.</p> <p>אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.</p> <p><b>ם החרגות ספציפיות לכיסוי מוות מתאונה:</b><br/>- החברה עשויה לקבוע בפוליסה החרגות ספציפיות נוספות, בהתאם לנתוניך ומצב בריאותך הקיים בעת הכניסה לביטוח.</p> |  |
| <p>צמוד למדד.</p>   | <p><b>הצמדה של סכום הביטוח והפרמיה</b></p> |
| <p>12340 (המדד שהתפרסם ביום 15 לחודש 10 שנת 2020 מותאם למדד בסיסי של 100 נקודות בחודש ינואר 1959 ומחולק ב- 1000).</p>   | <p><b>מדד בסיסי</b></p>                    |

**תיאור המוצר לעיל הינו תיאור כללי בלבד ואינו ממצה את כל פרטי ותנאי הכיסוי הביטוחי, התנאים המחייבים הם תנאי הנספח.**

**בקשה להצטרף לביטוח חיים קבוצתי:**

▪ **שם העובד/חבר בתאגיד:** משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 מספר טלפון: \_\_\_\_\_ מספר נייד: \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_

▪ **שם בן/בת הזוג:** משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

▪ **כמות היחידות הנוספות המבוקשות:**

| <u>עובד/חבר בתאגיד</u>  | <u>בן/בת הזוג</u>   |
|---|---|
| - כמות יחידות ביטוח נוספות לכיסוי למקרה<br>מוות מסיבה כלשהיא: _____ | - כמות יחידות ביטוח נוספות לכיסוי למקרה<br>מוות מסיבה כלשהיא: _____ |
| - כמות יחידות ביטוח לכיסוי למקרה מוות<br>מתאונה: _____              | - כמות יחידות ביטוח לכיסוי למקרה מוות<br>מתאונה: _____              |

▪ **הצהרת העובד/חבר בתאגיד:**  
 הנני מבקש להצטרף לביטוח חיים הנ"ל הנערך ע"י מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ומצהיר בזאת כי כל הפרטים לעיל נכונים. הצטרפותי זו הינה לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה ולכל חידוש של הפוליסה בעתיד.

חתימת העובד/חבר בתאגיד: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**פרטי כרטיס אשראי**

|                                       |                              |   |
|---------------------------------------|------------------------------|---|
| מספר כרטיס אשראי                      | בתוקף עד                     | סוג כרטיס אשראי<br><input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> מסטרקארד<br><input type="checkbox"/> ויזה |
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/>         |   |
| מספר CVV (3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס) | מספר ת.ז. (כולל ספרת ביקורת) | שם בעל הכרטיס   |
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/>         | <input type="text"/>  |

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.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_

מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי אשראי נטענים

## נספח 2

### כתב מינוי מוטבים

#### כתב מינוי מוטבים עובד/חבר בתאגיד

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת.ז.: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_,

המבוטח במנורה מבטחים ביטוח בע"מ במסגרת פוליסת קולקטיב ע"ש לשכת רואי חשבון בישראל מבקש למנות את המוטבים הבאים במקרה מותי חו"ח:

| שם מלא | קרבה | מספר זהות | תאריך לידה | החלק ב- % |
|--------|------|-----------|------------|-----------|
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

#### כתב מינוי מוטבים בן/בת הזוג

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת.ז.: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_,

המבוטח במנורה מבטחים ביטוח בע"מ במסגרת פוליסת קולקטיב ע"ש לשכת רואי חשבון בישראל מבקש למנות את המוטבים הבאים במקרה מותי חו"ח:

| שם מלא | קרבה | מספר זהות | תאריך לידה | החלק ב- % |
|--------|------|-----------|------------|-----------|
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |
|        |      |           |            |           |

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

## נספח 8

### הצהרת בריאות לביטוח קבוצתי

| שם פרטי   | שם משפחה  | מס' זהות   | מקצוע      | עיסוק |
|---|-----------|--|------------|-------|
| גובה בס"מ   | משקל בק"ג | מין:<br><input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה  | תאריך לידה |       |
| <p>האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה)</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, פרט ומלא שאלון מתאים</p> |           | <p>האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, פרט ומלא שאלון טיס</p> |            |       |

### שאלות כלליות על מצב רפואי

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

| מס'                                      | שאלה  | כן | לא |
|--|---|----|----|
| 1.                                       | <b>עישון:</b> האם הינך מעשן?<br><input type="checkbox"/> כן - <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> אחר _____<br><input type="checkbox"/> לא - במידה ועישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |    |    |
| 2.                                       | <b>אלכוהול:</b> צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר.   |    |    |
| 3.                                       | <b>סמים:</b> האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?   |    |    |
| 4.                                       | <b>היסטוריה משפחתית:</b> האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.  |    |    |
| 5.                                       | <b>נכות אחוזה נכות ומום מולד:</b> האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית?<br>האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת/ ב-אי כושר עבודה כעת?   |    |    |
| 6.                                       | <b>בדיקות אבחנתיות:</b> האם ב- 10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?  |    |    |
| 7.                                       | <b>אשפוזים:</b> האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? ( <b>לידה אינה אשפוז</b> )  |    |    |
| 8.                                       | <b>ניתוחים:</b> האם ב- 10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?   |    |    |
| 9.                                       | <b>תרופות:</b> האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?  |    |    |
| <b>אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:</b> |   |    |    |
| _____                                    |   |    |    |
| _____                                    |   |    |    |
| _____                                    |   |    |    |
| _____                                    |   |    |    |
| _____                                    |   |    |    |

01/11/2020

עמוד 8 מתוך 10

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



האם אובחנת במהלך חייד במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה :  
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

| מס' | שאלה   | כן | לא |
|-----|--|----|----|
| 1.  | <b>מערכת העצבים והמוח</b> - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוקים, האם פנית לרוסא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות ?  |    |    |
| 2.  | <b>מערכת הלב וכלי דם</b> – לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי).   |    |    |
| 3.  | בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות  |    |    |
| 4.  | <b>מערכת דם</b> – לרבות מחלות דם ובעיות קרישה  |    |    |
| 5.  | <b>מערכת מוטובולית</b> – לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד   |    |    |
| 6.  | מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרום סרטני  |    |    |
| 7.  | <b>מערכת העיכול</b> – לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבב, פי הטבעת   |    |    |
| 8.  | מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד  |    |    |
| 9.  | <b>מערכת כליות ודרכי שתן</b> – לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן  |    |    |
| 10. | <b>מערכת ריאות ודרכי נשימה</b> – לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות  |    |    |
| 11. | מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה  |    |    |
| 12. | <b>אורתופדיה ומערכת השלד</b> - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות בברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס) |    |    |
| 13. | <b>מערכת עיניים וראייה</b> – לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס   |    |    |
| 14. | <b>מערכת אף אוזן גרון</b> – לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפס, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה   |    |    |
| 15. | <b>עור ומין</b> – לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה   |    |    |
| 16. | מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV   |    |    |
| 17. | <b>לנשים</b> : בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ אם כן, באיזה שבוע? _____          |    |    |
| 18. | <b>לגברים</b> : בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים   |    |    |

**אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:**

---



---



---



---



---

### הצהרת המועמד/ת לביטוח

אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזה כי:

1. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את החברה מתשלום סכום ביטוח בהתאם לחוק.
2. 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.
3. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה בכתב וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
4. אני מאשר/ת ומסכים/מה בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של החברה והיא רשאית לדחות הצעה.
5. ידוע לי שחוזה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
6. 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.
7. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושרותים והקשורים אליה. אני מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שחברה תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: \_\_\_\_\_  
א.ג.נ.,

אני החי"מ נותן/ת בזה רשות למוסד רפואי ו/או לעובדכם 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 שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שיידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

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

שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

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

שם העד: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
מספר רשיון: \_\_\_\_\_ חתימת עד: \_\_\_\_\_

01/11/2020

עמוד 10 מתוך 10

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**