

מספר פוליסה

שם סוכן

מספר סוכן



# "בית בטוח"

## ביטוח לבעלי משכנתאות

### הצעה לביטוח חיים ולביטוח מבנה



חוממת תאריך קבלה בחברה

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	מבטוח ראשון	מבטוח שני
מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות	מבטוח ראשון	מבטוח שני
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	מבטוח ראשון	מבטוח שני
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מבטוח ראשון	מבטוח שני
שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	מבטוח ראשון	מבטוח שני
עיסוק	עיסוק	עיסוק	עיסוק	מבטוח ראשון	מבטוח שני
מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי	מבטוח ראשון	מבטוח שני
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	מבטוח ראשון	מבטוח שני
כתובת המבוטחים					
כתובת הנכס					
האם אתם מבטוח בביטוח חיים בחברה אחרת או במטרה?					
מבטוח ראשי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____					
מבטוח שני: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____					

\* במידה וקיימת פוליסה נוספת לביטוח חיים ו/או מבנה עבור ביטוח המשכנתא, באחריות המבוטח לבעל פוליסה זו. החברה אינה אחראית לביטול הפוליסה הנוספת במידה וקיימת.

### ב. פרטי הביטוח - בהתאם לנתונים שנמסרו להלן תחשיב הפרמיה והכיסויים המבוקשים בפוליסה:

הלוואה מספר	1	2	3	4
יתרת הלוואה נוכחית				
יתרת תקופה בשנים				
תאריך סיום הלוואה				
ריבית שנתית				

ריסק 1 (קבוע) ש"ח \_\_\_\_\_ (למקרה ועמוניניים לרכוש כסיו מבנה בלבד) יתרת תקופה בשנים \_\_\_\_\_

#### ו. כיסויים נוספים\*

**מבטוח ראשי**

שחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

מוות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

**מבטוח שני**

שחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה (3 חודשי המתנה)

נכות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

מוות מתאונה ש"ח \_\_\_\_\_

ג. ביטוח מבנה הדירה הכיסוי מיועד לביטוח מבנה של דירות מגורים בלבד.

סכום ביטוח מבנה \_\_\_\_\_ גודל הנכס (מ"ר) \_\_\_\_\_ סוג הנכס \_\_\_\_\_

ביטוח מבנה הדירה כולל: מבנה, רעידת אדמה, תיקון נזקי מים ונזלים למבנה שמקורם בצנרת.

האם א-פעם חברת ביטוח דחתה הצעה לביטוח ו/או סרבה לחדשו ו/או ביטלה ביוזמתה פוליסה המכסה סיכונים המבוטחים בפוליסה זו?  כן  לא

האם נערכה נגדך ו/או בן/בת ו/או חקירה פלילית ו/או הואשמת ו/או הורשעת בגין עבירות פליליות?  כן  לא

#### ד. כתב שרות גג יבש

הכיסוי מיועד לבעלי בתים פרטיים ודירות גג, ניתן לרכישה רק כאשר רוכשים ביטוח מבנה לדירה.

#### ה. פרטי הבנק המלווה

בנק מלווה \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

תאריך התחלת הביטוח \_\_\_\_\_ אופן התשלום \_\_\_\_\_ חודשי \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_

\* ניתן לרכוש מקסימום 100,000 ש"ח לנכות מתאונה ומוות מתאונה בטופס זה. רכישת כיסויים נוספים אחרים מחייבת מילוי טופס "הצהרה על מצב בריאות".

#### ז. פרטי ההלוואה המקורית

הלוואה מספר	1	2	3	4
תאריך לקיחת המשכנתא				
ריבית				
תקופה (מקורית) בשנים				
גובה משכנתא מקורי				
או תשלום חודשי היום				
או יתרת הקרן				

ח. אני מצהיר בזאת כי אני מבטוח בביטוח חיים ב \_\_\_\_\_, בגובה סכום המשכנתא החל מתאריך \_\_\_\_\_ והפוליסה היא בתוקף מתחילתה ועד היום.

ט. הנייל מסכימים ומאשרים מראש כי סכום הביטוח והפרמיה יותאמו לסכומים ולתקופה אשר נקובים בהלוואה/ות על שמי ו/או שם אשתי בבנק:

י. פרטי המוטבים סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למוטב בהוראה בלתי חוזרת, הבנק המלווה, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת תשלום ל:

הערות:	השם	מספר זהות	הקרבה	%

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ראשון: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח שני: \_\_\_\_\_

## ביטוח חיים וביטוח מבנה

שם בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ מספר זהות/דרכון \_\_\_\_\_ מספר פוליסה \_\_\_\_\_



**י. שאלות על מצב בריאות**

<b>מבוטח ראשי</b>	<b>מבוטח שני</b>
נא לענות על כל השאלון שלהלן. לכל שאלה יש לסמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	נא לענות על כל השאלון שלהלן. לכל שאלה יש לסמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם
ק"ג _____ ס"מ _____	ק"ג _____ ס"מ _____
<b>מבוטח ראשי</b>	<b>מבוטח שני</b>
<input type="checkbox"/> <b>מעשן:</b> <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> אחר כמה ביום _____, שנות עישון _____ <input type="checkbox"/> <b>לא:</b> האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ והפסקתי בשנת _____ <input type="checkbox"/> <b>מעשן:</b> <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> <b>לא:</b> האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____	<input type="checkbox"/> <b>מעשן:</b> <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> אחר כמה ביום _____, שנות עישון _____ <input type="checkbox"/> <b>לא:</b> האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ והפסקתי בשנת _____ <input type="checkbox"/> <b>מעשן:</b> <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> סגירות <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> <b>לא:</b> האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____

- פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת), קיימת נכות
- האם אתה צורך/צרכת סמים או האם הינך שותה קבוע יותר מכוס שקעה אלקוהול ביום?
- האם מקצועך/תחביבך קשור באומנות, ספורט, טייס, צלילה וחומרים מסוכנים?
- האם חשתי בשניו לרעה במצב בריאותך לאחרונה?
- האם קיימים או היו קיימים בעברך אישום או הרשעה או חקירה או הליכים כל שהם פליליים (למעט עבירות תעבורה קלות)?
- האם קיים סיכון מיוחד באורח חייו או בפעילויותיו?

**שאלון מחלות**

1	מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.	שאלון עצבים
2	ריאות ודרכי הנשימה.	שאלון ריאות ודרכי נשימה
3	הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם.	שאלון לב וכלי דם
4	הפרעות בדרך עיכול, הכבד, כיס המרה, הטחול והלבלב.	שאלון ושת, דרכי עיכול, תפקוד כבד, כיס המרה והטחול
5	הפרעות בכליות ודרכי השתן.	שאלון כליות ודרכי שתן
6	סכרת, בלעות תריס, שומנים FMF והפרעות מטבוליות אחרות.	שאלון סכרת והפרעות מטבוליות
7	הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.	שאלון ספירת דם וקרישה
8	מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.	שאלון עור
9	הפרעות בגב ובעמוד השדרה.	שאלון גב
10	סרטן, פרט, תאריך גילוי ומיקום.	
11	מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה.	שאלון מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה

**שאלות נוספות**

- האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע.
- האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד?
- האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת? פרט: \_\_\_\_\_
- האם אתה נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה ולאיה צורך. \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

**יב. הצהרת המועמדים/לבעלות על הפוליסה ולביטוח**

אני החתום מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקש בזה מהמבטח לבטח את חיי המועמד/ים לפי הרשום בהצעה. אני/ו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/ו החופשי.
- התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח בכתב וכן בתנאים מקבילים אצל המבטח לעניין זה, ישמש תנאי יסודי לחוזה ביטוח ביני/נו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי/נו על כל עניין מהותי נוסף, אשר עלול לשמש שקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה (סעיף 6 ב) לחוק חוזה הביטוח).
- אישור בכתב על קבלת המועמדים/ם לביטוח ולאחר שהפרסיה הראשונה שלמה במלואה.
- שנבחי/נו ו/או משה שיימסר לכם ואינכם באגרי מידע, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמש לצורכי המבטח בלבד.
- אני/ו החתום/ים מטה הרשומים/ים בהצעה כמועמדים/ים לביטוח חיים מסכמים/ים בזה שתי/נו יבטוחו בתנאים ובהתאם לאמור לעיל.
- אני מצהיר/ה בזה כי הבא לידיעתך, ואני מסכים/ים, שהפרטים שמסרתי למונרה וכל מידע נוסף הנוגע לי שנית לידיעתה של "מונרה", יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוגהת "מונרה" לרכז נתונים בדבר קהותיה, בין אם הוא מופיע על-יד "מונרה" עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת "מונרה" החזקות בע"מ ("קבוצת מונרה") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הקהות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין.
- אני מסכים/ים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי "מונרה" או על-ידי חברה אחרת מקבוצת מונרה, לרבות לצורך דיור ישיר לרכישת מוצרי קבוצת מונרה ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.

אני מבקש/ת כי "מונרה" תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה ש"מונרה" מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.

אני מבקש/ת כי "מונרה" תשלח למכתב את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל התייחסות לביטוחי כאמור לבין המידע המלא שברשות "מונרה" יבדק המידע שברשות "מונרה".

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

**יג. ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למסור לביטוחי לאיגוד ולחברות הביטוח למטו "מונרה" חברה לביטוח בע"מ, להגן פרטים בע"מ, להגן פרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה עובדתי ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משרר אותכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד מוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ככל ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לג"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבא במקומי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ראשי \_\_\_\_\_ שם המועמד \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח שני \_\_\_\_\_ שם המועמד \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**יד. מינוי הסוכן כשלונו של המבוטח**

**מבוטח נכבד,** על-פי סעיף 1 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלונו של המבטח. על-פי דרישתך בכתב אתה יכול למנותו כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אתה, כן, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה לחברה.

**המינוי** - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני החתום מטה ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום לעיל להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

01/05/05-06/0005-10 אפ"י

מספר פוליסה



מספר זהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס**

טופס פרטים: סוג הכרטיס (כאל, לאומי קארד, ישראלכרט, יזזה, דינורס), שם בעל הכרטיס האשראי, מספר כרטיס האשראי, מספר זהות, רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד.

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חויבים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופגע ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

חתימת בעל כרטיס האשראי X תאריך

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

**הרשאה לחיוב חשבון**



לכבוד בנק, סניף, כתובת, אנו/הח"מ, שם בעל/ החשבון המופיע בספרי הבנק, מספר זהות / ח"פ, רחוב, מספר, עיר, מיקוד

- 4. ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילינו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חויבים אלה.
- 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- 6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילינו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- 7. נא לאשר למנורה חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

**פרטי ההרשאה**  
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה חברה לביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

חתימת בעלי החשבון X תאריך

- 1. ידוע לילינו כי:
- א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דף.
- ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה, אם נקבעו.
- 3. ידוע לילינו כי הפרטים שצוינו בכתב הרשאה ומילימ, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.

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

**אישור הבנק**

לכבוד מנורה חברה לביטוח בע"מ אלנבי 115, תל-אביב 65817

אישור הבנק - חתימה וחותמת

קיבלנו הוראות מ-... לכבוד חויבים 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 הרשאה. 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 בהתייבויחיתכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך, בנק, סניף

**הרשאה לחיוב חשבון**

מספר פוליסה

--



מספר זהות/דרכון

--

שם בעל הפוליסה

--

לכבוד \_\_\_\_\_  
בנק \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### הנדון: ביטול פוליסה לביטוח חיים

מינוי מוטב ראשון בהוראה בלתי חוזרת ושיעבוד פוליסה מספר \_\_\_\_\_ (להלן - "פוליסה")  
על-שם \_\_\_\_\_ לביטוח יתרת הלוואות מספר \_\_\_\_\_

1. אני החתום מטה מבוטח בביטוח חיים בגין הלוואת משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.
2. אני מבקש לבטל את ביטוח חיים בתאריך \_\_\_\_\_.
3. אבקש להפסיק את הגבייה בגין הפוליסה, שאת ביטולה אני מבקש כעת, בתאריך הביטול הרשום לעיל בסעיף 2.
4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח חיים בחברת הביטוח "מנורה", חברה לביטוח בע"מ.
5. אני מייפה את כוחה של "מנורה", חברה לביטוח בע"מ" טלפון 160 107 7-03 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטול הפוליסה כאמור לעיל ובכל העניינים הכרוכים בטיפול בפוליסה המחליפה ובהנפקתה.
6. לפי סעיף 11 (ג) לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, מתמנה בזאת \_\_\_\_\_ (להלן - הבנק) כמוטב בהוראה בלתי חוזרת בפוליסה לביטוח חיים.
7. אני ממנה כמוטב בהוראה בלתי חוזרת את \_\_\_\_\_ אשר תגמולי הביטוח משועבדים לו, בפוליסה לביטוח חיים, ואשר תערך בחברת הביטוח "מנורה", חברה לביטוח בע"מ.
8. לא אהיה זכאי לחזור בי מקביעת הבנק כמוטב בהוראה בלתי חוזרת, אלא אם יתרחש אחד מאלה:  
א. הבנק הסכים בכתב ומראש למינוי מוטב נוסף, או אחר;  
ב. ההלוואה שקיבלתי מהבנק, בגינה נערכה הפוליסה (להלן - "ההלוואה") נפרעה במלואה.
9. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק 30 יום מראש קודם לביטול הפוליסה.
10. ידוע לי כי במקרה של ביטול הפוליסה, תפוג חובתה של חברת הביטוח על-פי הפוליסה.
11. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק מיידית לאחר היודע על פטירת המבוטח.
12. אני מאשר למבטח ולבנק כי אם אפגר בתשלומי הפרמיה, רשאי הבנק לשלם בשמי ובמקומי את פרמית הביטוח ולצרף את הפרמיה הנ"ל ליתרת ההלוואה על-פי תנאיה. ידוע לי שאין חובה על הבנק לבצע תשלום זה.

#### חתימות בעל הפוליסה והמבוטח/ים

שם	בעל הפוליסה	מבוטח ראשון	מבוטח שני

#### אישור חברת מנורה

1. אנו מאשרים את האמור בהצהרות המבוטחים לעיל וכי הן נחתמו בפני נציגנו.
2. אנו מאשרים כי נפעל בהתאם להוראה הבלתי חוזרת, כאמור בסעיפים 8, 9, 11, במסמך זה.
3. **התחייבות לכיסוי יתרת ההלוואה בספרי הבנק:**  
החברה מתחייבת בזה, כי על אף האמור בפוליסה, סכום הביטוח יהיה הסכום המצוין בנספח 21 לפוליסה ("טבלת השתנות סכומי ביטוח חיים") או יתרת ההלוואה בספרי הבנק, במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות תשלומים שמועד פרעונם חל בתקופה של 180 יום לפני מועד המוות ולא שולמו - הגבוה מביניהם.

תאריך \_\_\_\_\_ מנורה, חברה לביטוח בע"מ \_\_\_\_\_

01/05/01-05/0005-4 א"פ"י

מספר פוליסה

--



מספר זהות/דרכון

--

שם בעל הפוליסה

--

לכבוד \_\_\_\_\_  
בנק \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

### הנדון: ביטול פוליסה לביטוח מבנה

מינוי מוטב ראשון בהוראה בלתי חוזרת ושיעבוד פוליסה מספר \_\_\_\_\_ (להלן - "פוליסה")  
על-שם \_\_\_\_\_ לביטוח יתרת הלואות מספר \_\_\_\_\_

1. אני החתום מטה מבוטח בביטוח המבנה בגין הלואות משכנתא שקיבלתי באמצעותכם.
2. אני מבקש לבטל את ביטוח המבנה בתאריך \_\_\_\_\_.
3. אבקש להפסיק את הגבייה בגין הפוליסה, שאת ביטולה אני מבקש כעת, בתאריך הביטול הרשום לעיל בסעיף 2.
4. מצ"ב פוליסה חדשה לביטוח המבנה בחברת הביטוח "מנורה", חברה לביטוח בע"מ".
5. אני מייפה את כוחה של "מנורה", חברה לביטוח בע"מ" טלפון 03-7107160 לטפל בכל העניינים הכרוכים בביטול הפוליסה כאמור לעיל ובכל העניינים הכרוכים בטיפול בפוליסה המחליפה ובהנפקתה.
6. לפי סעיף 11 (ג) לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, מתמנה בזאת \_\_\_\_\_ (להלן - הבנק) כמוטב בהוראה בלתי חוזרת בפוליסה לביטוח מבנה.
7. אני ממנה כמוטב בהוראה בלתי חוזרת את \_\_\_\_\_ אשר תגמולי הביטוח משועבדים לו, בפוליסה לביטוח מבנה, ואשר תערך בחברת הביטוח "מנורה", חברה לביטוח בע"מ".
8. לא אהיה זכאי לחזור בי מקביעת הבנק כמוטב בהוראה בלתי חוזרת, אלא אם יתרחש אחד מאלה:  
א. הבנק הסכים בכתב ומראש למינוי מוטב נוסף, או אחר;  
ב. ההלוואה שקיבלתי מהבנק, בגינה נערכה הפוליסה (להלן - "ההלוואה") נפרעה במלואה.
9. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק 30 יום מראש קודם לביטול הפוליסה.
10. ידוע לי כי במקרה של ביטול הפוליסה, תפוג חובתה של חברת הביטוח על-פי הפוליסה.
11. ידוע לי כי חברת הביטוח מתחייבת להודיע לבנק מיידית לאחר היודע על פטירת המבוטח.
12. אני מאשר למבטח ולבנק כי אם אפגר בתשלומי הפרמיה, רשאי הבנק לשלם בשמי ובמקומי את פרמית הביטוח ולצרף את הפרמיה הנ"ל ליתרת ההלוואה על-פי תנאיה. ידוע לי שאין חובה על הבנק לבצע תשלום זה.

#### חתימות בעל הפוליסה והמבוטח/ים

שם	בעל הפוליסה	מבוטח ראשון	מבוטח שני

#### אישור חברת מנורה

1. אנו מאשרים את האמור בהצהרות המבוטחים לעיל וכי הן נחתמו בפני נציגנו.
2. אנו מאשרים כי נפעל בהתאם להוראה הבלתי חוזרת, כאמור בסעיפים 8, 9, 11, במסמך זה.
3. **התחייבות לכיסוי יתרת ההלוואה בספרי הבנק:**  
החברה מתחייבת בזה, כי על אף האמור בפוליסה, סכום הביטוח יהיה הסכום המצוין בנספח 21 לפוליסה ("טבלת השתנות סכומי ביטוח חיים") או יתרת ההלוואה בספרי הבנק, במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות תשלומים שמועד פרעונם חל בתקופה של 180 יום לפני מועד המוות ולא שולמו - הגבוה מביניהם.

תאריך \_\_\_\_\_ מנורה, חברה לביטוח בע"מ \_\_\_\_\_

01/05/01-05/0005-4 אפי"