

# הצעה לביטוח בריאות בייסיק

## מעודכן לחודש 10/2018

**טופס 8-29**  
**640000275**

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקיום או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

מספר פוליסה
מספר תיק

(מידע רגיש)

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		20	
<p>המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העוקב (אין לרשום תאריך מבוקש הקודם למועד החתימה על טופס הצעה זה).</p>			

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):  
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף הצהרת המועמדים + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

תאריך	שעה	מספר טלפון ממנו התקשרת:	שלוחה:	מספר טלפון של מקבל השיחה	סוג מכשיר ההקלטה: <input type="checkbox"/> טלרקורדר <input type="checkbox"/> Nice <input type="checkbox"/> אחר
-------	-----	-------------------------	--------	--------------------------	---

### א. פרטי המועמדים לביטוח

מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> ילדים
מועמד שני					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> ילדים
עד גיל 20*	ילד 1				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
	ילד 2				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
	ילד 3				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
	ילד 4				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	

\* מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצהרות נפרד הכולל שאלון בריאות

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
כתובת מגורים של המועמד השני	יש למלא כתובת רק במידה והכתובת שונה מכתובת מועמד ראשי:	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד			

שם קופת חולים	ש"ב (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל
מועמד ראשי		
מועמד שני		
ילדים		

אופן משלוח דיווחים למבוטח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - **מסמכי הדיווח**) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהנך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות 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: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

אנך שוק הון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 2000\* או באמצעות דוא"ל - [Har.bit@menora.co.il](mailto:Har.bit@menora.co.il). לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

### ב. פרטי הפוליסה ואופן התשלום

**פרטי הפוליסה - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:**

- פוליסה חדשה
- תוספת פוליסת בריאות קיימת מס' \_\_\_\_\_ (במקרה של המרת תכנית/פוליסת ביטוח יש למלא נספח להצעה להמרה)\*
- \* ככל שאמצעי התשלום שצוין מטה, שונה מזה המעודכן בפוליסה הקיימת, אמצעי התשלום שניתן בטופס זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

**אופן התשלום - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:**

- במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנוקב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.
  - כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי בהמשך)
  - הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בהמשך)
  - 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**

**תדירות התשלום:**  חודשית  חצי שנתית  רבע שנתית  שנתית  
**מועד גביה:** אשראי 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות הביטוח						
אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת						
תכניות בסיס	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
תרופות מיוחדות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תכניות נוספות לרכישה בצירוף לתכנית בסיס	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
הרחבות						
תרופות בהתאמה אישית (לבעלי כיסוי תרופות במנורה מ-06/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שירותים אמבולטוריים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
קרן אור TOP סכום ביטוח מקסימלי 100,000 ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן) סכום ביטוח מקסימלי 300,000 ש"ח *למצטרפים עד גיל 60	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
כתבי שירות						
אבחון מהיר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart Dr. (רפואה אישית מקוונת)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניהול רפואי אישי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, נדרש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות- תעודת רפואית מקופ"ח המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

**ד. שאלון בריאות למועמדים לביטוח** בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

מועמד ראשי		שאלון כללי		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
		שם פרטי ומשפחה		שם פרטי ומשפחה	
		גובה בס"מ		גובה בס"מ	
		משקל בק"ג		משקל בק"ג	
		1. האם הינך מעשן?			
		1. במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____			
		1. במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?			
		2. אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין	שאלון אלכוהול		
		3. סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	שאלון סמים		
		4. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?			
		5. טיפולים מיוחדים בחו"ל: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל?			
		6. השתלות: האם עברת או הומלץ לך לעבור השתלת איבר?			
כן	לא	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ואו בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:			
		7. מערכת העצבים והמוח – לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	שאלון מערכת העצבים		
		8. 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 (פריפריאלי)	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם		
		9. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	שאלון מחלות דם וקרישה		
		10. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן		
		11. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	יש לצרף דוחות ופתולוגיה		
		12. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	שאלון צהבת וכבד		
		13. מערכת כליות ודרכי שתן – לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	שאלון כליות ודרכי השתן		
		14. מחלות ראוטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה. יש לצרף מסמך רפואי	שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור		
		15. מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נש HIV	יש לצרף מסמכים רפואיים		

<p>אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X</p>	<p>אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך: _____ חתימת מועמד שני X</p>
---	--

**ה. שאלון בריאות לילדים**

שאלות כלליות על מצב רפואי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שם פרטי ומשפחה								
גובה בס"מ (מגיל 14)								
משקל בק"ג (מגיל 14)								
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?								
2. טיפולים מיוחדים בחו"ל: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח או טיפול מיחוד בחו"ל?								
3. השתלות: האם עברת או הומלץ לך לעבור תהליך של השתלת איבר?								
<b>האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:</b>	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
4. מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?								
5. 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 (פרפיריאלי)								
6. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה								
7. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד								
8. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרום סרטני								
9. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד								
10. מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן								
11. מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה. יש לצרף מסמך רפואי								
12. מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV								
13. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD)?								

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה X \_\_\_\_\_

**ו. 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 שחליתי 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. כתב ויתור זה יחול על ילדי ששמותיהם צויינו, אם צויינו בהצעה זו.

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

שם מבטח ראשי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

שם מבטח משני: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

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

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מס' רשיון \_\_\_\_\_ חתימת עד \_\_\_\_\_

**ז. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמד/ים לביטוח ולהישב ולחתום בהתאם.**
**הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח**

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

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה, ישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. ידוע לי שקיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזר הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ד. ידוע לי כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.

ה. ידוע לי שחוזר הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנה במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.

ז. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

ח. אני מאשר כי הוצג בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכווני לרכוש וכן, הוצג בפני דמי הביטוח המופחתים עבור מספר תכניות בריאות אשר נרכשות יחד (להלן "מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת") וכן דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חיידוש הביטוח. כמו כן, הובהר לי שבמידה וארכוש מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת, תבטל יהיה באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת, והפוליסה תישאר בתוקף כל עוד תיכלל תכנית בסיס אחת לפחות. וכן שבעת ביטול אחת מתכניות הבריאות בפוליסה, תבטל ההפחתה האמורה בדמי הביטוח בגין מספר תכניות בריאות הנרכשות יחד, ודמי הביטוח יחושבו בהתאם לדמי הביטוח הנהוגים באותה עת עבור תכניות הביטוח שיישארו בתוקף.

ט. הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבטל תכנית הבסיס בפוליסה תבטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה. אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלהם.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

**קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד**

א. אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוח לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש והחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.

ב. אני מאשר כי הסוכן בירר את צורכי הביטוח וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה נוספת, בוצע הליך התאמה נוספת לי עותק מתוצאות הליך.

ג. אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה 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 בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

**הצהרת מועמד לביטוח תאונות/סיעוד/מחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)**

ד.  הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:

(1) הציורף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;

(2) 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 יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות\*

הריני מאשר כי בכונתי לבטל פוליסה קיימת בידי, 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 בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

	מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
טו. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור*.				

\* החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X \_\_\_\_\_

**ח. הצהרת הסוכן**

א. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.

ב. אני מצהיר בזה כי המועמד לביטוח

- לא הצטרף באמצעות הטלפון
- הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_

(להלן: "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_ ומילאתי בשמו בעבור את הצעת הביטוח, הקראתי לו את כל השאלון ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

**ג. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות:**

1. אני מצהיר כי בצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות החוזר לעניין צירוף לביטוח, לרבות באמצעות בדיקה באתר הר-הביטוח וכי הצעתי לו/ להם תכנית ביטוח התואמת את צורכיהם.
2. **בצירוף פוליסות- תאונות/מחלות/סיעוד**  
אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף י"ד בהצהרות המבוטח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המבוטח להצהרה בסעיף י"ד, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
3. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**  
ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד לביטוח מבקש לבטלה, האם המועמד לביטוח מעוניין שבקשת הביטול תשלח באמצעות הסוכן?  
 לא   
 כן
4. הריני לאשר כי במידה וקיימות למועמד לביטוח פוליסות/ תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ועותק מתוצאות הליך ההתאמה נמסר למועמד/ים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 1-7-2016, גם השוואה בין ההחרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.

ד. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 1-7-2016 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 1-20-2015.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן X \_\_\_\_\_

# הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-3

6400000275

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	20   01		

## פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דיינרס	בתוקף עד	מספר כרטיס אשראי
מספר 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 שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.		כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	מספר זהות מס' ב

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_  
 מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי 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	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/ו 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).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
    - 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 עפ"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, הזיכוי 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 שבינינו 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 להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
  - 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	קוד מוסד
			614
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה			

אישור הבנק - חתימה וחותמת

לכבוד: **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**  
 ת.ד. 927, תל-אביב 6100802  
 קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו 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 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 \_\_\_\_\_

## פרטי המבקש

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_