



הצעה לביטוח תאונות
מעודכן לחודש 07/2018

טופס 9-23
640000275

מספר פוליסה
מספר תיק

(מידע רגיש)

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

חותרת תאריך קבלה בחברה	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20		

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).

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 ה' + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

תאריך	שעה	מספר טלפון ממנו התקשרת:	שלוחה:	מספר טלפון של מקבל השיחה	סוג מכשיר ההקלטה: <input type="checkbox"/> טלרקורדר 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"/> גרוש <input type="radio"/> נשוי
מועמד שני					<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> נשוי
עד גיל 18	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	

כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
--------------	------	---------	-------	-------	-----------	---------

מועמד ראשי (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד
מועמד שני (חובה למלא)	דוא"ל	עיסוק	מס' טלפון נייד

שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל
מועמד ראשי		
מועמד שני		
ילדים		

אנך שוק ההון 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. לידיעתך, 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 בפוליסת תאונות קיימת מס' _____ *
- * 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 הנקוב 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: _____

נדירות התשלום: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתית

מועד גביה: 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

ג. תכניות הביטוח אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת

תכנית תאונות Top	ניתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
חבילה 1 - מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
חבילה 2 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד בפוליסת הורים, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
חבילה 3 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
חבילה 4 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
חבילה 5 - מועמד ראשי, מועמד שני, ילד, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
חבילה 6 - מועמד ראשי, מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
חבילה 7 - מועמד ראשי, מועמד שני, הגדלת סכום ביטוח		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
חבילה 8 - מועמד ראשי, מועמד שני		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

פירוט חבילות תאונות Top	חבילה 1	חבילה 2	חבילה 3	חבילה 4	חבילה 5	חבילה 6	חבילה 7	חבילה 8
סכומי ביטוח בש"ח	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000	300,000	400,000	500,000
מוות מתאונה	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000	300,000	400,000	500,000
נכות מתאונה	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000	300,000	400,000	500,000
שברים מתאונה	7,500	11,250	15,000	22,500	30,000	45,000	60,000	75,000
כוויות מתאונה	12,500	18,750	25,000	37,500	50,000	75,000	100,000	125,000
פיצוי יומי בגין אשפוז מתאונה	100	150	200	300	400	600	800	1,000
פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה	10,000	15,000	20,000	30,000	40,000	60,000	80,000	100,000

סכום ביטוח מקסימלי למבוטח לכל כיווני מוות מתאונה בתכניות תאונות Top: למבוגר - 500,000 ש"ח, לילד - 200,000 ש"ח

פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה הרחבה לתכנית תאונות Top

תקופת המתנה ותקופת פיצוי - יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות: אין לבחור תקופת המתנה ותקופת פיצוי מעמודות שונות	סכום פיצוי לבחירה	
תקופת המתנה ותקופת פיצוי א' - אפשרות א'	4,000 ש"ח	מועמד ראשי
תקופת המתנה ותקופת פיצוי ב' - אפשרות ב'	5,000 ש"ח	מועמד ראשי
תקופת המתנה ותקופת פיצוי ג' - אפשרות ג'	4,000 ש"ח	מועמד שני
תקופת המתנה ותקופת פיצוי ד' - אפשרות ד'	5,000 ש"ח	מועמד שני

* אם מקרה הביטוח אירע שגילו של המבוטח היה בין 65 ל-66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנתיים, אם המבוטח רכש תקופת תשלום פיצוי בת שלוש שנים. וכן, אם מקרה הביטוח אירע בעת שגילו של המבוטח היה 66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנה, אם המבוטח רכש תקופת תשלום בת שנתיים או שלוש שנים.

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

מס'	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם	מועמד ראשי	מועמד שני	ראשון	שני	שלישי	רביעי	ילד
	שם פרטי ומשפחה							

האם אובחנת במחלות/ הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

1.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/טיפוס)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס), פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה ו/או האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

שאלות נוספות לרוכש תכנית פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה

5.	האם אובחנת במהלך חיך בבעיות/ הפרעות/ מחלות אורטופדיות לרבות עמוד שדרה ומפרקים אחרים?	כן / לא	כן / לא					
6.	האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקב/ת בית האם רותקת למיטתך כאמור? אם כן פרט/י	כן / לא	כן / לא					

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט וציין את שם המועמד:

חתימת מועמד

ראשי/בעל הפוליסה X

חתימת מועמד שני X

תאריך: _____

ה. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמדים לביטוח להשיב ולחתום בהתאם.

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח

- אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצעה"). אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
- 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.
 - כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או הצהרת בריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה, יישמשו בסיס לחוזה ביטוח בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ידוע לי שקיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ידוע לי 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 הקשורים אליה.
 - ידוע לי שחווה 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.
 - בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין 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) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
 - אני 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 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 מטרתו אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
 - הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבוטל תכנית הבסיס בפוליסה תבוטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
 - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפטרופוס טבעי שלהם.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

- 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 הביטוחי 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.
- אני מאשר כי הסוכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת בחברתנו פוליסה העונה על ההגדרה לעיל)

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת בחברת מנורה, 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 בחברה;
 - במועד 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 בחברת מנורה, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
 - הריני מאשר כי כוונתי לבטל פוליסה קיימת בידי בחברת מנורה, 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	ד. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש 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*.
כן / לא	כן / לא	טו. הריני מאשר קבלת מסמכים והודעות הנדרשים על פי דין (באמצעים דיגיטיים (דוא"ל/ טלפון נייד) ו/או בכלים טכנולוגים (איזור אישי באתר האינטרנט של החברה)*)
כן / לא	כן / לא	* החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X חתימת המועמד השני לביטוח X

