

## טופס הצעה לביטוח נסיעות לחו"ל - TOP TRAVEL

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

<u>שם הסוכן</u>	<u>מספר סוכן</u>	<u>מס' פוליסה</u>
-----------------	------------------	-------------------

הנני מבקש לבטח אותי ו/או את בני משפחתי המצוינים בטופס הצעה זה, בהתאם למפורט להלן-

**יבשת/ יעד נסיעה- (\*ככל שהנסיעה כוללת יותר מיעד אחד יש לפרט את תקופת הביטוח לגבי כל יעד בנפרד).**

אמריקה הלטינית  אירופה  ארה"ב-קנדה  אסיה  אפריקה  אוסטרליה  
מתאריך: / / ועד תאריך: / / כולל.

**\*יבשת נוספת/ יעד נוסף**

אמריקה הלטינית  אירופה  ארה"ב-קנדה  אסיה  אפריקה  אוסטרליה  
מתאריך: / / ועד תאריך: / / כולל.

**1) פרטי המועמדים לביטוח ובחירת התכנית וההרחבות**

דוא"ל	מס' טלפון נייד	מיקוד	יישוב	מס' דירה	מס' בית	כתובת מגורים (רחוב)
-------	----------------	-------	-------	----------	---------	---------------------

פרטים אישיים של המועמדים לביטוח						
		שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
מועמד ראשי						
מועמד שני						
עד גיל 18	ילד 1					
	ילד 2					
	ילד 3					
	ילד 4					

ידוע לי כי תקופת ביטוח מרבית הינה: עד גיל 70-180 יום, מגיל 70-85 - 45 יום.

**2) הצהרה על מצב בריאות של המועמדים לביטוח: לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום.**

מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<b>הצהרה על מצב בריאות קיים-</b>											
האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או הומלץ לך בשנה האחרונה ליטול תרופות באופן קבוע לטיפול במחלה כרונית? (למעט תרופות למחלות הבאות בהן הנוסע המועמד לביטוח מאוזן תרופתית- סכרת שאינה תלויה באינסולין, לחץ דם, שומנים בדם, אסטמה, אלרגיה)?											
האם הנך נמצא כעת או במשך ששת החודשים שקדמו למועד הנסיעה לחו"ל, במצב בריאות שדרש או דורש טיפול רפואי (לרבות ניתוח) ו/או השגחה (לרבות אשפוז) ו/או נדרש לבירור רפואי הכולל ביצוע בדיקות C.T /MRI /קולונסקופיה?											
האם הנך נמצא בטיפול רפואי (נמצא בטיפול כיום או נקבע לך תור לטיפול עתידי) ו/או מעקב רפואי בקשר למחלה קיימת?											
לנשים בלבד- האם הנך בהריון?											

במידה ואחת מהתשובות חיוביות, חובה למלא גם את שאלון ההרחבה למצב רפואי קיים.

יובהר כי הפוליסה הבסיסית אינה מכסה מצבים הנובעים ממצב בריאות קיים ויש לרכוש הרחבה.

**לנשים בהריון- הפוליסה הבסיסית אינה מכסה מצבים הנובעים מהריון שהיה ידוע טרם הנסיעה לחו"ל, יש לרכוש הרחבה לכיסוי הריון.**

**3) למועמדים לביטוח המבקשים לרכוש הרחבה למצב רפואי קיים: יש לסמן ב-\***

מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		האם חלית ו/או אובחנת ב-6 חודשים לפני מועד מילוי טופס הצעה זה באחת מהמחלות / הפרעות / בעיות רפואיות הבאות או אחד מהאירועים הבאים המפורטים להלן: (במידה והתשובה חיובית, יש לצרף מסמכים)
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
										1. הפרעות בקצב הלב, מחלת לב איסכמית, אי ספיקת לב, הפרעות קרישה
										2. מערכת העצבים והמח- אירוע מוחי (TIA, CVA), שבץ מוחי, פרקינסון, אפיליפסיה, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, גידולים מוחיים שפירים
										3. מחלות מערכת העיכול- וסט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה
										4. האם הנך חולה בסיסטיק פיברוזיס (CF) ו/או מחלות ריאה כרוניות תלויות אספקת חמצן
										5. מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות תלויות דיאליזה
										6. האם הנך חולה במחלה ממארת או חלית במחלה ממארת שטרם חלפו 24 חודשים ממועד גמר הטיפול האחרון?
										7. מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, שחפת, איידס לרבות נשאות נגיף האיידס?
										8. האם אובחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות ו/או בעיות ו/או הפרעות נפש?
										9. האם הנך מושגל איבר/ איברים או מועמד לפני השתלה?

**4) שאלונים למועמדות לביטוח המבקשות לרכוש כיסוי להריון:**
**למועמדת הרוכשת הרחבה להריון: (ניתן לרכוש הרחבה זו עד גיל 42)**
**יש לסמן ב-\***

1.	האם בשובר חזרה לישראל תהיי מעבר לשבוע 32 של ההריון?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
2.	האם ההריון מוגדר על ידי רופא בסיכון גבוה? (כהריון בסיכון ייחשב גם הריון שהושג על ידי טיפולי הפרייה ו/או במקרה בו המבוטחת נמצאת ברשימת המתנה לטיפול רפואי או לאשפוז או לניתוח או במקרה בו הומלץ למבוטחת לא לנסוע לחו"ל).	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>

**הכיסוי להריון הינו בכפוף לתנאי הפוליסה וחריגיה כמפורט בפוליסה ובמידע המהותי המופיע באתר האינטרנט.**
**תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_**
**חתימת מועמד ראשי: \***
**תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד שני: \_\_\_\_\_**
**חתימת מועמד שני: \***
**5) הכיסויים בפוליסה: (יש לסמן ב \*)**
**הכיסויים הכלולים בפוליסת הבסיס:**
**הוצאות רפואיות בעת אשפוז, הוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז, הוצאות נוספות, אחריות צד ג' ואיתור וחילוץ. במידה ואינך מעוניין בכיסוי לאיתור וחילוץ ו/או אחריות לצד ג', יש לסמן זאת בטבלה להלן:**
 איני מעוניין בכיסוי לאיתור וחילוץ

 איני מעוניין בכיסוי לאחריות כלפי צד ג

פרטי הרחבות אופציונליות לבחירה יש לסמן ב- *								שם המועמד	כיסוי לכבודה	ביטול וקיצור נסיעה	החמרה למצב רפואי קודם	הריון	ספורט חורף	ספורט אתגרי	מחשב נישא/ טאבלט
מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

תיאור הפריט: יצרן/דגם \_\_\_\_\_ לוח (Tablet) יצרן/דגם \_\_\_\_\_

7) הצהרת המועמד לביטוח:

- אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן" מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ואני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בשאלון הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
  - ביטוח ( 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.
  - אני מצהיר כי כל הפרטים והמידע שמסרתי ואמסור במסגרת בקשתי לקבל הצעה לפוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל ו/או הליך רכישת פוליסה כאמור ובמסגרת הצהרה זו, הינם נכונים, מדויקים ומלאים. כן ידוע לי כי הפרטים והמידע שמסרתי ואמסור כאמור, משמשים בסיס להצעת המחיר והוצאת הפוליסה.
  - ידוע לי שקיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזה 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 ושירותים הקשורים אליה.
  - ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
  - אני מאשר כי אין מטרתה של הנסיעה או אחת ממטרותיה, קבלת טיפול רפואי בחו"ל.
  - ידוע לי כי הפוליסה תקפה רק אם נרכשה בישראל טרם הנסיעה לחו"ל. הכיסי הביטוחי על פי הפוליסה הנרכשת הינו לנסיעה אחת לחו"ל בלבד וכי תקופת הביטוח הינה כפי שצוינה בהצעת הביטוח.
  - מצב רפואי קיים:

- לא ידוע לי על סיבה או צורך (היום או בעתיד, בארץ או בחו"ל) לאשפוז ו/או לטיפול רפואי מכל מין וסוג שהוא, של אחד מהמבטחים בפוליסה.
  - ידוע לי כי הפוליסה הנרכשת אינה מכסה הוצאות כלשהן הנובעות ו/או הקשורות למצב בריאות קיים ו/או מחלה קיימים, הקודמים לתאריך תחילת הביטוח בפוליסה אלא אם כן נרכשה הרחבה בהתאם לתנאי הפוליסה.
  - מנורה מבטחים לא תהיה אחראית ולא תכסה הוצאות הקשורות ממצב רפואי בגינו היה המבוטח בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי או השגחה במהלך 6 החודשים האחרונים. על אף האמור, במקרה בו נרכשה הרחבה להחמרה במצב רפואי קיים, יניתן כיסוי בהתאם ובכפוף לתנאים ולחריגים בהרחבה בעת טיפול חירום בחו"ל.
- ידוע לי כי תקופת ביטוח מרבית הינה: עד גיל 70-180 יום, מגיל 85-70-45 יום.
- 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 ימסר 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
  - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלהם.
  - אישור המועמדים לביטוח בגין קבלת מידע על הביטוח
- אני מאשר כי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע לגבי הביטוח וההרחבות הכלולות בו אשר כלל, את תיאור עיקרי הכיסיים בביטוח, גובה דמי הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסיים השונים, החרגות לכיסיי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי: \*  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד שני: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני: \*

יד. אישור קבלת הצעות שיווקיות- 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: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי: \*  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד שני: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני: \*

8) תשלום באמצעות כרטיס אשראי - יגבה בתשלום אחד.

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 במידה ובעל הכרטיס אינו בעל הפוליסה, יש לציין קרבה \_\_\_\_\_  
 מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ בתוקף עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר תשלומים 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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי: \*

9) הצהרת בעל הרישיון (במקרה שנרכש באמצעות בעל רישיון)

א. אני מצהיר בזה כי המבוטח (סמן אחת מהאפשרויות)  לא הצטרף באמצעות הטלפון  הצטרף באמצעות הטלפון.  
 ב. אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ מטלפון \_\_\_\_\_ (להלן: "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ מטלפון \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ומילאתי בעבורו ובשמו את ההצעה לביטוח, הקראתי לו את כל השאלות, ההצהרות

והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

ג. אני מצהיר בזאת כי שוחרתי עם המועמד/ים לביטוח ומילאתי בעבורו/ם ובשמו/ם את ההצעה לביטוח, הקראתי לו/להם את כל השאלות, ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד/ים לביטוח ובהסכמתו/ם המלאה. כמו כן, אני מצהיר בזאת כי שיחה זו עם המבוטח/ים הוקלטה בהתאם לכללי חברת מנורה מבטחים ותועדה במשרדי.

ד. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את המידע המהותי לגבי הביטוח לרבות פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם בעל הרישיון: \_\_\_\_\_ מספר בעל הרישיון: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון: \_\_\_\_\_ \*

סיווג מבוטח