



**הצעה לביטוח בריאות,
מחלות קשות ותאונות**
מעודכן לחודש 07/2020

טופס 20-11
640000275

מספר פוליסה
מספר תיק

(מידע רגיש)

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

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">20</div>	חותמת תאריך קבלה בחברה
------------	----------	---	------------------------

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). יובהר כי מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה החתום במשרדי המבטחת.

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (יש למלא רק אם שונה מהמועמד הראשי)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	י"לדים
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	
כתובת	מס' טלפון	מס' טל' נייד	דוא"ל			

פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	י"לדים
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	
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 של המועמד הראשי (חובה למלא)	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		
כתובת מגורים השני (חובה למלא)	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		
ילד 1 מגיל 18 חובה למלא	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		
ילד 2 מגיל 18 חובה למלא	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		
ילד 3 מגיל 18 חובה למלא	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		
ילד 4 מגיל 18 חובה למלא	רחוב מס' בית יישוב מיקוד	דוא"ל	מס' טלפון וטלפון נייד	עיסוק		

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

אגף 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. לידעיתך, 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 בריאות קיימת מס' _____ (במקרה של המרת תכנית/ פוליסת ביטוח יש למלא הצהרות להמרה בהמשך הטופס)*
 * ככל שאמצעי התשלום שצוין מטה, שונה מזה המועדכן 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: x _____

נדירות התשלום: חודשית חצי שנתי רבע שנתי שנתי
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניתוחים בישראל וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
טיפולם מחליפי ניתוח (לבעלי כיסוי ניתוחים בישראל במנורה עד 1/16)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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					
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
קרן אור Top (מחלות קשות) סכום ביטוח מקסימלי 600,000 ש"ח					

תכניות נוספות					
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"/>
לרכישה בצירוף לתכנית בסיס					
הרחבות					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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					
ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן) סכום ביטוח מקסימלי 400,000 ש"ח					

כתבי שירות					
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"/>
אבחון מהיר					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
רפואה אלטרנטיבית					
<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					

חבילות בסיס - הגנה משלימה (תאונות אישיות)					
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"/>
ניתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד (לרוכשים בסיס בלבד - אין צורך במילוי שאלון בריאות)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חבילה 1 - ראשי, שני, ילד בפוליסת הורים					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חבילה 2 - ראשי, שני, ילד					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חבילה 3 - ראשי, שני					

פירוט חבילות בסיס - הגנה משלימה			
חבילה 1	חבילה 2	חבילה 3	סכומי ביטוח בש"ח
100,000	250,000	500,000	מוות מתאונה
30,000	75,000	150,000	כוויות מתאונה
20,000	50,000	100,000	פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה
200	500	1,000	פיצוי יומי בגין אשפוז מתאונה

סכום ביטוח מקסימלי למבוטח לכל כיווני מוות מתאונה אישיות בתכנית תאונות במנורה מבטחים: למבוגר - 500,000 ש"ח, לילד - 250,000 ש"ח

הרחבות להגנה משלימה							
מועמד ראשי	מועמד ראשי	ילד 1	ילד 2	ילד 3	שברים מתאונה		נכות מתאונה
					הרחבה 1	הרחבה 2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פירוט הרחבות להגנה משלימה			
הרחבה 1	הרחבה 2	הרחבה 3	סכומי ביטוח בש"ח
100,000	250,000	500,000	נכות מתאונה
15,000	37,500	75,000	שברים מתאונה

בחירת הרחבות תלויה בחבילת בסיס, לא תתאפשר הרחבה בסכום פיצוי גבוה מחבילת הבסיס.

פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה			
תקופת המתנה ותקופת פיצוי - יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות		סכום פיצוי לבחירה	
תקופת פיצוי	תקופת המתנה	מועמד ראשי	מועמד שני
<input type="checkbox"/> 3 שנים פיצוי	<input type="checkbox"/> 30 ימי המתנה	<input type="checkbox"/> 4,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> 5,000 ש"ח
<input type="checkbox"/> 3 שנים פיצוי	<input type="checkbox"/> 21 ימי המתנה	<input type="checkbox"/> 4,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> 5,000 ש"ח
<input type="checkbox"/> 3 שנים פיצוי	<input type="checkbox"/> 14 ימי המתנה	<input type="checkbox"/> 4,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> 5,000 ש"ח
<input type="checkbox"/> 3 שנים פיצוי	<input type="checkbox"/> 7 ימי המתנה	<input type="checkbox"/> 4,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> 5,000 ש"ח

* 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. מינוי מוטבים למקרה מוות*					
שם מלא	ת.ז./ז.רכון	תאריך לידה	קירבה	% חלוקה**	מועמד ראשי
					מועמד שני
					ילד 1 (מגיל 18)
					ילד 2 (מגיל 18)
					ילד 3 (מגיל 18)
					ילד 4 (מגיל 18)

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים. ** במידה ולא נמסרו אחוזי חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

תאריך:		חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה		חתימת המועמד השני לביטוח	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימת ילד 1 (מגיל 18)	_____	חתימת ילד 2 (מגיל 18)	_____	חתימת ילד 3 (מגיל 18)	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
חתימת ילד 4 (מגיל 18)	_____	_____	_____	_____	_____

שאלון בריאות למועמדים לביטוח

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 לשאלון בריאות זה - תעודה רפואית מקופ"ח המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דמויות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

ה. שאלון בריאות מבוגרים

מועמד שני	מועמד ראשי	שאלון	
בכל שאלה יש להקיף בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט			
שם פרטי ומשפחה			
גובה בס"מ			
משקל בק"ג			
מס'	שאלון תחביבים	שאלון	מועמד ראשי
1.	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה?	כן / לא	כן / לא
2.	האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה) * אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא
3.	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא
4.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/סיפוס)?	כן / לא	כן / לא
שאלות כלליות על מצב רפואי			
א5.	האם הינך מעשן?	כן / לא	כן / לא
ב5.	במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____	כן / לא	כן / לא
ג5.	במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?	כן / לא	כן / לא
6.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר	כן / לא	כן / לא
7.	סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?	כן / לא	כן / לא
8.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): ○ 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?	כן / לא	כן / לא
9.	נכות אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	כן / לא	כן / לא
10.	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך 3 השנים האחרונות ו/או האם הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צינתור כלי דם, צינתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?	כן / לא	כן / לא
11.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	כן / לא	כן / לא
12.	ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן / לא	כן / לא
13.	תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך לטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	כן / לא
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:			
14.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושייתוך, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא
15.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב-5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם הקיפית (פריפריאלית)	כן / לא	כן / לא
16.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן / לא	כן / לא
17.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן / לא	כן / לא
18.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן / לא	כן / לא
19.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן / לא	כן / לא
20.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	כן / לא	כן / לא
21.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן / לא	כן / לא
22.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	כן / לא	כן / לא
23.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידיזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת ואלרגיות	כן / לא	כן / לא
24.	מחלות ראומטולוגיות, רקמת חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת גיששות כרונית, סקלרוזמה	כן / לא	כן / לא
25.	יש לצרף מסמך רפואי	כן / לא	כן / לא
26.	אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיופניה), פרסס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס)	כן / לא	כן / לא
27.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אבאיזיס, קרטיקנוס	כן / לא	כן / לא
28.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	כן / לא	כן / לא
29.	עור ומיין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, מפפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קנדידומה	כן / לא	כן / לא
30.	מחלות מיין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות	כן / לא	כן / לא
31.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לזווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, איסטוס שחלתית, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע _____?	כן / לא	כן / לא
32.	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן / לא	כן / לא
שאלות לרוכש הרחבה (נכות מתאונה ו/או שברים מתאונה) לביטוח הגנה משלימה (בלבד) או פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה			
האם אובחנת במחלות/ הפרעות/ ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:			
1.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/סיפוס)?	כן / לא	כן / לא
2.	ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס, פרכת מחלת רקמת חיבור תורשתית)	כן / לא	כן / לא
3.	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושייתוך	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
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? עקרת בית האם רותקת למיטתך כאמור? אם כן, פרט/	כן / לא	כן / לא
* פעילות ספורט אתגרית הינה - טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (ספלינג), טיפוס קירות, בוג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאייה באוויר, טיסה בכלי טיס שאינו כלי טיס אדרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אוויר, אגרוף, האבקות, וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה או החלקה על שלג.			

תאריך: _____	שם מועמד ראשי: _____	תאריך: _____	שם מועמד ראשי: _____
תאריך: _____	שם מועמד שני: _____	תאריך: _____	שם מועמד שני: _____
תאריך: _____	שם מועמד ראשי: _____	תאריך: _____	שם מועמד ראשי: _____

1. שאלון בריאות לילדים

ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	שם פרטי ומשפחה
				גובה בס"מ (מגיל 14)
				משקל בק"ג (מגיל 14)

שאלון תחביבים (מגיל 18)

מס'	שאלון תחביבים (מגיל 18)	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
1.	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
2.	האם אתה עוסק בפעילות ספורט אגרית (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה) * אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
3.	האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
4.	האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בגובה/מס/סופוס)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

שאלות כלליות על מצב רפואי (מגיל 18)

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי (מגיל 18)	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
5.	האם הינך מעשן?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
6.	במידה והינך מעשן, האם סיגריות או אחר _____ יש לפרט כמות ביום _____	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
7.	במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
8.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלוהות אחר	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
9.	סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

שאלות כלליות על מצב רפואי

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
8.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות) אובחנה המחלות הבאות (יש לסמן את המחלות הרלוונטיות): מחלות לב, כלי דם, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, אצליות, פוליציטמי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
9.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
10.	מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך 3 השנים האחרונות ו/או האם הנך נמצאת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צינתור כלי דם, צינתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו לב, CT, MRI, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
11.	אשפוזים: האם אשפוזת 5-שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
12.	ניתוחים: האם 5-שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
13.	תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

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

מס'	שאלון מערכת העצבים	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
14.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושינוק, האם פנית להפא בתלונות הקשורות לידידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
15.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי, לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב-5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלית)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
16.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
17.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
18.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
19.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
20.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
21.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
22.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום כליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
23.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואיזיס, דם ו/או חלבון בשתן, סיטיק פברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
24.	מחלות ראומטולוגיות, רגמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאונ, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
25.	אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/צועות, גב, כבטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיופניה), פרסס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
26.	מערכת עיניים וראיה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אבאטיס, קרטקנוס	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
27.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
28.	עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
29.	מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות הידמויות שאובחנו בשנה האחרונה ודרושות טיפול רציף של חודשיים לפחות	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
30.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לזווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון.	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
31.	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
32.	האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

שאלות לרוכש הרחבה בביטוח הגנה משלימה (בלבד)

מס'	שאלות לרוכש הרחבה בביטוח הגנה משלימה (בלבד)	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי
1.	האם אובחנת במחלות/ הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	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
3.	מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושינוק	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא
	האם נקבעה לך נכות (לרבות ממחלה) מעל 50% זמנית או קבועה ו/או האם אתה נמצא בתהליך הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם כן, פרט/י	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

חתימת המועמד הראשי לביטוח
בעל הפוליסה X

תאריך: _____

חתימת ילד 4
X (מגיל 18)

חתימת ילד 3
X (מגיל 18)

חתימת ילד 2
X (מגיל 18)

חתימת ילד 1
X (מגיל 18)

ז. הצהרת המועמדים לביטוח

הצהרת המועמד בעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח

אני החתום מטה, מבקש זהה 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 בה כ:

א. כל התשובות המפורסות 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 המפורסות 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 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 וחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ד. המידע נמסר מרצוני ובהסכמתי וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליהן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

ה. 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.

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) שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.

ז. אני מאשר כי הוצג בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכוונתי לרכוש וכן, הוצג בפני דמי הביטוח המופחתים עבור מספר תכניות בריאות אשר נרכשות יחד (להלן מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת) וכן כי דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח. כמו כן, הובהר לי שבמידה וארכוש מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת, 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, תבוטל ההפחתה האמורה בדמי הביטוח בגין מספר תכניות בריאות הנרכשות יחד, ודמי הביטוח יחשבו בהתאם לדמי הביטוח הנהוגים באותה עת עבור תכניות הביטוח שיישארן בתוקף.

ח. 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.

ט. אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלהם.

י. **הליך צירוף לביטוח** - ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הברור והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

י. **אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח** - במקרה בו נדרש המשך הליך ברור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח מבלי להשלמת הברור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך ברור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הברור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.

יא. אני מאשר בזאת כי ככל ויחול עיכוב בקבלתי לביטוח הבריאות בחברת מנורה מבטחים מכל סיבה שהיא, סוכן הביטוח שם הסוכן _____ מספר סוכן _____ הינו שלוח שלי לפעול בשמי אצל מכל חברת הביטוח לצורך בקשת עדכון תחילת ביטוח מבוקש, לרבות העברת בקשה לחברת הביטוח לדחיית מועד תחילת הביטוח.

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

חתימת ילד 1 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 2 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 3 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 4 (מגיל 18) X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

יב. 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 כולל, 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 ובבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש והחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לבטל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.

יג. אני מאשר כי הסוכן ביצר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לקבלת ביטוח, 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 גם בהתייחס אליהן, ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.

יד. **אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב תכנית 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

חתימת ילד 1 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 2 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 3 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 4 (מגיל 18) X

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

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

(1) הצירוף 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 ביד, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *

הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, 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

חתימת ילד 1 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 2 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 3 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 4 (מגיל 18) X

למועמד המבקש לרכוש תכנית ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן - במידה ונרכש

טז. הכיסי בגין ניתוחים על פי נספח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח) אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי הבריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

יז. להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

יח. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים (מהשקל הראשון) תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

יט. מבטחים שרכשו תכנית זו יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא (מהשקל הראשון) תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

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

חתימת ילד 1 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 2 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 3 (מגיל 18) X _____ חתימת ילד 4 (מגיל 18) X

כ. אופן משלוח דיווחים ומסמכים - דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד.

מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד - יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____ כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____

כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____

(ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז)

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד מהאמצעים המפורטים מטה.

באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il>

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

מועמד ראשי	מועמד שני	
	לא	כן

כא. אני מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.

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

תאריך:	חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה X	חתימת המועמד השני לביטוח X
חתימת ילד 1 (מגיל 18) X	חתימת ילד 2 (מגיל 18) X	חתימת ילד 3 (מגיל 18) X
חתימת ילד 4 (מגיל 18) X		

ח. 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 מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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 צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

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

שם מבטוח ראשי:	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X
שם מבטוח משני:	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X
שם ילד 1 (מגיל 18):	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X
שם ילד 2 (מגיל 18):	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X
שם ילד 3 (מגיל 18):	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X
שם ילד 4 (מגיל 18):	ת.ז.:	כתובת:	תאריך:	חתימה X

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
מס' רישון	חתימת עד	

ט. 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. בצירוף לפוליסת תאונות - הריני מצהיר כי כל פעולות הצירוף של המועמד/ים לביטוח בוצעו על ידי.
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 לפוליסות- תאונות/מחלות אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף ט"ו בהצהרת המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד לביטוח, 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/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח באופן הבא: <input type="radio"/> באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג'. <input type="radio"/> באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.
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 חגרות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין ההחלטות 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 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.
תאריך: שם הסוכן מספר הסוכן חתימת הסוכן X

י. הצהרת המועמדים לביטוח בהמרת תכנית ביטוח בריאות קיימת במנורה מבטחים ביטוח במידה וההמרה מתייחסת למס' תכניות, יש לציין את שמות כל התכניות, הן המוצעות והן המקוריות (קיימות)

1. ידוע לי שהתכנית/יות _____

שם התכנית/יות המוצעת כמפורט בטופס ההצעה (להלן: התכנית המוצעת)

מחליפה את תכנית/יות ביטוח בריאות הבאה _____

שם התכנית/יות הקיימת ברשותך ושאותה הינך מבקש להחליף (להלן: התכנית המקורית)

2. אני מאשר כי בטרם חתימתי על טופס זה, בוצע לי הליך התאמה שכלל בין היתר, השוואה מפורטת של הכיסויים, התנאים, הסייגים ודמי הביטוח בתכנית המקורית אל מול הכיסויים, התנאים, הסייגים ודמי הביטוח בתכנית המוצעת וכן השוואה של ההחרגות, ככל שיישנן.
3. מוסכם ומוצהר בזאת, כי בהתייחס לכיסויים הביטוחיים ולסכומי הביטוח החופפים בכל תכנית בריאות מקורית רלוונטית, אותה מחליפה התכנית המוצעת, תאריך תחילת הביטוח הינו תאריך תחילת הביטוח של תכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, ואילו בנוגע לכיסויים ביטוחיים שהוספו ו/או לגבי הרחבה של כיסויים ביטוחיים וכיוצ"ב (לרבות הגדלת סכומי ביטוח), תאריך תחילת הביטוח הינו תאריך תחילת הביטוח של התכנית המוצעת. להסרת ספק יובהר, כי בפרקי הביטוח בהם נקבע סכום שיפוי מירבי (כגון תרופות מיוחדות), יחשבו תגמולי ביטוח ששולמו במסגרת הכיסוי בתכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, כאילו שולמו לפי תנאי התכנית המוצעת, וינוכו מסכום השיפוי המירבי בתכנית המוצעת.
4. ידוע לי כי תנאי החיתום, שנקבעו עבורי בתכנית הבריאות המקורית (לרבות תוספת רפואית), יחולו על התכנית המוצעת המחליפה תכנית זו.
5. אני מבקש כי עם כניסת תכנית זו לתוקף, תבוטל תכנית הבריאות המקורית, שהתכנית המוצעת באה להחליף.

חתימת המועמד
X השני לביטוח

חתימת המועמד ראשי
X לביטוח/בעל הפוליסה

תאריך: _____

חתימת ילד 4
X (מגיל 18)

חתימת ילד 3
X (מגיל 18)

חתימת ילד 2
X (מגיל 18)

חתימת ילד 1
X (מגיל 18)

יא. הצהרת הסוכן

אני מצהיר בזה כי במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם תכנית/יות ביטוח התואמת/ות את צרכיו/ה, תוך השוואה מפורטת של הכיסויים, התנאים, הסייגים ודמי הביטוח בתכנית/יות הביטוח המוצעת לבין תכנית/יות הביטוח המקורית.

חתימת הסוכן X _____

מס' הסוכן _____

שם הסוכן _____

תאריך: _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

חונתמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד
פרטי המשלם	שם מלא	דוא"ל	מס' טל' נייד

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כאל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> דינרס	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זרות
מספר כרטיס אשראי		כתובת: ישוב רחוב	מס' מיקוד

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. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____
 מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד בנק _____ סניף _____	תאריך חתימת בעל החשבון _____

או הרשאה כוללת 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.

- אני/הח"מ _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
 שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____
- מבקשים בזה להקים בחשבונו 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 ע"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, הזכינו 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 להוציאנו 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	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נס 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 חתימת בעל החשבון _____ בנק _____ סניף _____