

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 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 **X**

תדירות התשלום: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתית

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.

ג. תכניות הביטוח

אנא סמן ב- את התכנית המבוקשת

תכניות בסיס	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות מיוחדות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
קרן אור Top (מחלות קשות) סכום ביטוח מקסימלי 600,000 ש"ח לילד- סכום ביטוח מינמלי כבסיס- 200,000 ש"ח	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובחו"ל (לבעלי כיסוי ניתוחים בישראל במנורה עד 1/16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
שירותים אמבולטוריים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Top לילד (אבחונים וטיפולים לילדים)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
טכנולוגיות Top	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן) סכום ביטוח מקסימלי 400,000 ש"ח ניתן לרכוש כתכנית יסודית מגיל 21	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

כתבי שירות

אבחון מהיר	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
רפואה אלטרנטיבית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smart Dr. (רפואה אישית מקוונת)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניהול רפואי אישי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***הצהרת מועמדים/ לביטוח הרוכשים תכנית Top לילד (סמן ב-x כן / לא)**

- האם למועמדים/ לביטוח קיים כיסוי בגין התפתחות הילד או מבוקש לרכוש עבורו/ם נספח שירותים אמבולטוריים בנוסף לנספח Top לילד?
 לא כן, פורטו כיסוי התפתחות הילד החופפים והמועמדים/ לביטוח מעוניין/ים בהוספת כיסוי התפתחות הילד על הקיים בנספח האמבולטורי שברשותו/ם או שבכוונתו/ם לרכוש.

חתימת המועמד הראשי לביטוח/
 בעל הפוליסה **X**

תאריך: _____

ד. 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 שהגני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והגני 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לענין 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 שהחותם 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' רשיון _____ חתימת עד _____

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 דימום מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

מועמד ראשי		מועמד משני	
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
מועמד ראשי: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____ האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא עליה: _____ ק"ג <input type="radio"/> ירידה _____ ק"ג סיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> כעת בהריון - משקלך טרום ההריון _____ ק"ג <input type="radio"/> אחר _____		מועמד שני: גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____ האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא עליה: _____ ק"ג <input type="radio"/> ירידה _____ ק"ג סיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> כעת בהריון - משקלך טרום ההריון _____ ק"ג <input type="radio"/> אחר _____	
ברכישת כיסוי ניתוחים בישראל יש לענות על השאלה הבאה:			
1. האם הנך עוסק בספורט מקצועי אשר שכן בציודו? פרט: _____			
שאלות כלליות			
2. האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? במידה וכן, אנו פרט: <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> סיגרים <input type="radio"/> נרגילה <input type="radio"/> סיגריה אלקטרונית מספר סיגריות ביום שמעשן/עישנת בעבר: _____			
3. האם הינך שותה כיום או שתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? _____			
4. האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי) _____			
5. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מפיץ, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק מעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הביור וקבלת אבחנה חד משמעית			
האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:			
6. מח ומע' עציבים: <input type="radio"/> מערכת העצבים * <input type="radio"/> מוח * <input type="radio"/> טרשת נפוצה * <input type="radio"/> אירוע מוחי * <input type="radio"/> תסמונת דאון * <input type="radio"/> אוטיזם * <input type="radio"/> גושה * <input type="radio"/> ניוון שרירים * <input type="radio"/> אפילפסיה (3) <input type="radio"/> פרקינסון * <input type="radio"/> רעד * <input type="radio"/> פיגור שכלי * <input type="radio"/> שיתוק מוחי * <input type="radio"/> פוליו * <input type="radio"/> ניוורופירמוטוזיס * <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? * <input type="radio"/> הפרעת קשב וריכוז.			
7. לב, מחלות דם וכלי דם: <input type="radio"/> לב (4) <input type="radio"/> מחלת דם * <input type="radio"/> תסחיף ריאתי * <input type="radio"/> אנמיה <input type="radio"/> מפרצת/AVM * <input type="radio"/> הפרעות קרישה (5) <input type="radio"/> PVD <input type="radio"/> DVT <input type="radio"/> דליות/אי ספיקה בוריד הירגליים <input type="radio"/> חסימה בעורקי הצוואר (קרטיס) * <input type="radio"/> ITP /טרומבוציטופניה <input type="radio"/> טלסמיה מינור טלסמיה מייג'ור * <input type="radio"/> הפרעות קרישה			
8. בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)			
9. המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="radio"/> לחץ דם (6) <input type="radio"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="radio"/> כולסטרול (9) <input type="radio"/> טריגליצרידים (9)			
10. אנדוקרינולוגיה ובלוטות: <input type="radio"/> בלוטת התריס/מגן (תירואיד) (10) <input type="radio"/> בלוטת יותרת התריס (פארא-תירואיד) (10) <input type="radio"/> בלוטת יותרת המוח * <input type="radio"/> אדרנל * <input type="radio"/> הפרעות בהפרשת פרולקטין * <input type="radio"/> הזעת יתר			
11. סרטן וגידולים שפירים: <input type="radio"/> מחלה ממארת (סרטן/גידולים ממאירים * <input type="radio"/> גידולים שפירים (11) <input type="radio"/> גידולים טרום סרטניים * <input type="radio"/> מע' עיכול: <input type="radio"/> קיבה (12) <input type="radio"/> מעיים (12) <input type="radio"/> ושת (12) <input type="radio"/> טחול * <input type="radio"/> אבנים בכיס מרה (12) <input type="radio"/> לבלב (12) <input type="radio"/> מחלת כבד (13) <input type="radio"/> צהבת (13) <input type="radio"/> כבד שמוני (13) <input type="radio"/> פיסטולה * <input type="radio"/> קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12) <input type="radio"/> צניחת פי טבעת (רקטוצלה) <input type="radio"/> שחורים (במידה וכן יש לענות על שאלת ההמשך מטה) <input type="radio"/> פיסורה (במידה וכן יש לענות על שאלת ההמשך מטה) <input type="radio"/> האם עבר ניתוח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> מס' שנים שחלפו מהניתוח: _____ האם הבעיה חלפה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
13. ריאות ונשימה: <input type="radio"/> אסטמה/ברונכיט (14) <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה) * <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס * <input type="radio"/> דום נשימה בשינה			
14. מחלות זיהומיות/דלקתיות/ מע' חיסון: <input type="radio"/> איידס/נשאות HIV * <input type="radio"/> שחפת * <input type="radio"/> סרקואידוזיס * <input type="radio"/> סקלרודרמה * <input type="radio"/> כליות ודרכי שתן: <input type="radio"/> כליות (15) <input type="radio"/> מערכת/דרכי השתן (15) <input type="radio"/> שלפוחית שתן (15)			
15. הרניה/בקע: <input type="radio"/> טבורי <input type="radio"/> מפשעה ימין <input type="radio"/> מפשעה שמאל <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> אחר _____			
16. האם בוצע ניתוח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> מס' שנים שחלפו מהניתוח: _____ האם המצב תקין? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
17. ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="radio"/> פיברומיאלגיה * <input type="radio"/> מחלת מפרקים/דלקת פרקים * <input type="radio"/> גאוט/היפראוריצמיה <input type="radio"/> לופוס (זאבת) * <input type="radio"/> FMF (16) <input type="radio"/> תסמונת העייפות הכרונית			
18. אורטודנטי: <input type="radio"/> גב ועמוד שדרה (17) <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="radio"/> שברים (19) <input type="radio"/> ברכיים (18) <input type="radio"/> מרפקים (18) <input type="radio"/> מחלת עצמות/שלד * <input type="radio"/> כתפיים (18) <input type="radio"/> קרסוליים (18) <input type="radio"/> מפרקי ירכיים (18) <input type="radio"/> CTS (ימין/שמאל) <input type="radio"/> הלוקס ולגוס <input type="radio"/> אצבע הדק			
19. עיניים: <input type="radio"/> קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) <input type="radio"/> מחלה/בעיה בעיניים (21) <input type="radio"/> אובאיטיס * <input type="radio"/> עיוורון (21)			
20. אף/אוזן/גרונ: <input type="radio"/> אוזניים (22) <input type="radio"/> ליקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="radio"/> מחלת מנייר <input type="radio"/> ורטט <input type="radio"/> אף (22) <input type="radio"/> גרון (22) <input type="radio"/> בלוטת הרוקן (22) <input type="radio"/> מיתרי הקול (22)			
21. עור ומין: <input type="radio"/> מחלות עור (20) <input type="radio"/> מחלות מין * <input type="radio"/> ריבוי נקודות חן הדורשות מעקב רופא (20) <input type="radio"/> גידול/לנגעי עור (20) <input type="radio"/> פפילומה <input type="radio"/> קנדידומה <input type="radio"/> מפיגוס וולגריס * <input type="radio"/> פסוריאזיס (20) <input type="radio"/> מיקוזיס פונגואטיס (לימפומה של העור) * <input type="radio"/> לופוס עור * <input type="radio"/> שאלון גברים (מגיל 18): <input type="radio"/> בעיות פריון <input type="radio"/> בלוטת ערמונית (23) <input type="radio"/> אשכים (23) <input type="radio"/> איבר מין (23) <input type="radio"/> הידרוצלה (23) <input type="radio"/> וריקוצלה (23) <input type="radio"/> אין אונות			
22. שאלון נשים (מגיל 14): <input type="radio"/> רחם (24) <input type="radio"/> שחלות/חצוצרות (24) <input type="radio"/> צוואר רחם/בדיקת פאפ לא תקינה (24) <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית (24) <input type="radio"/> אנדומטריוזיס <input type="radio"/> הידבקויות * <input type="radio"/> דלקות אגן חוזרות * <input type="radio"/> הפלות חוזרות (מעל 3) * <input type="radio"/> גידולים בשדיים (24) <input type="radio"/> ניתוח הגדלת/הרמת חזה עם שימוש בשתלים <input type="radio"/> בעיות/טיפול פריון <input type="radio"/> ניתוח קיסרי האם את בהריון כעת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
23. שאלון ילדים (עד גיל 18): <input type="radio"/> שפה שסועה <input type="radio"/> חיך שסוע <input type="radio"/> עיכוב בהתפתחות * <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> האם נולד פג * <input type="radio"/> עקמת פין <input type="radio"/> הידרוצלה (23) <input type="radio"/> לשון קשורה האם נותח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אשך טמיר האם נותח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות			
25. האם עברת ניתוח או יעצן לר עובר ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות			
26. האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב 5 השנים האחרונות? (25) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות			
27. האם נטלת ו/או מטופלת כעת בתרופות קבועות או הומלך לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות במידה וכן נא פרט: שם התרופה: _____ האבחנה בגינה מטופל/הומלך טיפול: _____			
שאלה נוספת לרוכשים כיסוי קרן אור טופ/קרן לחיים			
28. היסטוריה משפחתית: <input type="radio"/> למיטב ידיעתך האם בקרב אחד מקרוביך (אבן/אחות) אובחנה אחת או יותר מהמחלות הבאות? <input type="radio"/> מחלת לב <input type="radio"/> סרטן המעי הגס <input type="radio"/> סרטן שחלות <input type="radio"/> סרטן השד <input type="radio"/> סרטן ערמונית <input type="radio"/> סוכרת <input type="radio"/> כליות פוליציסטיות <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> הפיגוסטון <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אלצהיימר			
מועמד ראשי: שם _____ תאריך: _____		מועמד שני: שם _____ תאריך: _____	
שם מועמד ראשי _____ חתימת מועמד ראשי X		שם מועמד שני _____ חתימת מועמד שני X	

1. שאלון בריאות ילדים

ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	שם פרטי ומשפחה	גובה בס"מ (מגיל 12)	משקל בק"ג (מגיל 12)	האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות (מגיל 12)?	סיבה: דיאטה / ניתוח / כעת בהריון-משקלך טרום ההריון ק"ג / אחר ק"ג
				ברכישת כיסוי ניתוחים בישראל יש לענות על השאלה הבאה:				
				1. האם הנך עוסק בספורט מקצועני אשר שכר ביצודו? פרט:				
				שאלות כלליות				
				2. האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות?	מחלת 18			
				3. האם הינך שותה כיום או שיתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי?				
				4. האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)?				
				5. מהלך ביורור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מופיו, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה?				
				האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:				
				6. מח ומעי עצבים: מערכת העצבים * מוח * טרשת נפוצה * אירוע מוחי * תסמונת דאון * אוטיזם * גושה * ניוון שרירים * אפילפסיה (3) * פרקינסון * רעד * פיגור שכלי * שיתוק מוחי * פוליו * ניוורופרובמוטוזיס * מיגרנה * האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? * הפרעת קשב וריכוז.				
				7. לב, מחלות דם וכלי דם: לב (4) * מחלת דם * תסחיף ריאתי * אנומיה * מפרצת/AVM * הפרעות קרישה (5) * (5) DVT / PVD * דליות/אי ספיקה בורידי הרגליים * חסימה בעורקי הצוואר (קרטיס) * ITP / טרומבוציטופניה טלסמיה מינור * טלסמיה מיג'ור *				
				8. בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)				
				9. המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: לחץ דם (6) * סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) * כולסטרול (9) * טריגליצרידים (9)				
				10. אנדוקרינולוגיה ובלוטות: בלוטת התריס/מגן (תירואיד) (10) * בלוטת יותרת התריס (פארא-תירואיד) (10) * בלוטת יותרת המוח * אדרנל * הפרעות בהפרשת פרוлаקטין * הזעת יתר				
				11. סרטן וגידולים שפירים: מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממארים * גידולים שפירים (11) * גידולים טרום סרטניים * מעי עיכול: קיבה (12) * מעיים (12) * וושט (12) * טחול (12) * אבנים בכיס מרה (12) * בלבב (12) * מחלת כבד (13) * צהבת (13) * כבד שומני (13) * פיסטולה * קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12) * צניחת פי טבעת (רקטוצלה) * טחורים (במידה וכן יש לענות על שאלת ההמשך מטה) * פיסורה (במידה וכן יש לענות על שאלת ההמשך מטה) * האם עבר ניתוח? כן / לא				
				12. ריאות ונשימה: אסטמה/ברונכיטיס (14) * מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה) * סיסטיק פיברוזיס * דום נשימה בשינה				
				13. מחלות זיהומיות/דלקתיות/ מעי חסיון: איידס/נשאות HIV * שחפת * סקורודוזיס * סקלרודרמה *				
				14. כליות ודרכי שתן: כליות (15) * מערכת/דרכי השתן (15) * שלפוחית שתן (15)				
				15. הרניה/בקע: טבורי * מפשעה ימין * מפשעה שמאל * סרעפת * אחר				
				16. האם בוצע ניתוח? כן / לא מס' שנים שחלפו מהניתוח: האם המצב תקין? כן / לא				
				17. ראוטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: פיברומיאלגיה * מחלת מפרקים/דלקת פרקים * גאווט/היפראוריצימיה * לופוס (זאבת) * FMF (16) * תסמונת העייפות הכרונית				
				18. אורטופדיה: גב ועמוד שדרה (17) * ירידה בצפיפות העצם * שברים (19) * ברכיים (18) * מפרקים (18) * מחלות עצמות/שליד * כתפיים (18) * קרסוליים (18) * מפרקי ירכיים (18) * CTS (ימין/שמאל) * הלוקס ולגוס * אצבע הדק				
				19. עיניים: קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) * מחלה/בעיה בעיניים (21) * אובאיטיס * עיוורון (21)				
				20. אף/אוזן/גרון: אוזניים (22) * ליקוי שמיעה/חירשות (22) * מחלת מנייר * ורטיגו * אף (22) * גרון (22) * בלוטת הרוקן (22) * מיתרי הקול (22)				
				21. עור ומין: מחלות עור (20) * מחלות מין * ריבוי נקודות חן הדורשות מעקב רופא (20) * גידול/נגעי עור (20) * פפילומה * קונדילומה * פמפיגוס וולגריס * פסוריאזיס (20) * מיקוזיס פונגואטיס (לימפומה של העור) * לופוס עור *				
				22. שאלון גברים (מגיל 18): בעיות פרוין * בלוטת ערמונית (23) * אשכים (23) * איבר מין (23) * הידרוצלה (23) * וריקוצלה (23) * אין אונות				
				23. שאלון נשים (מגיל 14): רחם (24) * שחלות/הוצצרות (24) * צוואר רחם/בדיקת פאפ לא תקינה (24) * מערכת גניקולוגית (24) * אנדומטריוזיס * הידבקויות * דלקות אגן חוזרות * הפלות חוזרות (מעל 3) * גידולים בשדיים (24) * ניתוח הגדלת/הרמת חזה עם שימוש בשתלים * בעיות/טיפול פרוין * ניתוח קיסרי. האם את בהריון כעת? כן / לא				
				24. שאלון ילדים (עד גיל 18): שפה שסועה * חיך שסוע * עיכוב בהתפתחות * הפרעות גדילה * נולד פג * עקמת פין * הידרוצלה (23) * לא שן קשורה האם נותח? כן / לא * כן האם הבעיה נפתרה? כן / לא * כן * לא שן קשורה האם נותח? כן / לא * כן האם הבעיה נפתרה? כן / לא * כן				
				השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות				
				25. האם עברת ניתוח או יענך לך לעבור ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות				
				26. האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב-5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות				
				27. האם טופלת ו/או מטופלת כעת בתרופות קבועות או הומלץ לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות				
				שאלה נוספת לרוכשים כיסוי קרן אור/טופ/קרן לחיים				
				28. היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אמ/אח/אחות) אובחנה אחת או יותר מהמחלות הבאות? מחלת לב * סרטן המעי הגס * סרטן שחלות * סרטן השד * סרטן ערמונית * סוכרת * כליות פוליציסטיות * טרשת נפוצה * ניוון שרירים * הטינגטון * פרקינסון * אלצהיימר				

חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה X

תאריך:

חתימת ילד 4 (מגיל 18) X

חתימת ילד 3 (מגיל 18) X

חתימת ילד 2 (מגיל 18) X

חתימת ילד 1 (מגיל 18) X

ז. הצהרת המועמדים לביטוח

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 הצהרת 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 כי הביטוח לתושבי ישראל, והריני לאשר כי במהלך 12 החודשים האחרונים שקדמו להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
- ד. ידוע לי שקיבולה 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.
- ה. 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 פרטיך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.
- ו. 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. ידוע לי כי הוצג בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכוונתי לרכוש וכן כי דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח.
- ז. הבהרה 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 כאפוטרופוס טבעי שלהם.
- ח. 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 ממש 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.
- ט. אני מאשר כי הוצג בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכוונתי לרכוש וכן כי דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח.
- י. הבהרה 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 כאפוטרופוס טבעי שלהם.
- יא. **הליך צירוף פוליסות** - ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הביטוח והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח. **אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח** - במקרה בו נדרש המשך הליך ביטוח ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמיך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הביטוח ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך ביטוח ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הביטוח ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבוטח ראשי.
- יב. אני מאשר בזאת כי ככל יחול עיכוב בקבלת ביטוח הבריאות בחברת מנורה מבטחים מכל סיבה שהיא, סוכן הביטוח שם הסוכן _____ מספר סוכן _____ הינו שלוח שלי לפעול בשמי אלי מול חברת הביטוח לצורך בקשת עדכון תאריך 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

- 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 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 גם בהתייחס אליהן, ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.
- 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 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 מחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:
(חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

- א. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והניני 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 בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
 - ב. הריני מאשר כי כוונתי 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

- א. הכיסוי 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.
- ב. להחדר 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.
- ג. 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.
- ד. מבוטחים 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

	יולדים מגיל 18		מועמד שני		מועמד ראשי	
	לא	כן	לא	כן	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 שמסרת. 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.

חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה		חתימת המועמד השני לביטוח	
תאריך:			
חתימת ילד 1 (מגיל 18)	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת ילד 2 (מגיל 18)	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת ילד 3 (מגיל 18)	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת ילד 4 (מגיל 18)	<input checked="" type="checkbox"/>

ח. הצהרת הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- אני מצהיר כי הצעתי 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.
- ידעתי את המועמד לביטוח על חברות הביטוח שמהן עיקר העמלות שלי וצינתי את מספר החברות המשווקות את המוצר המוצע והכל בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח או כל חוזר אחר שיבוא במקומו. כמו כן עדכנתי את המועמד לביטוח כי הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, לא מותנה בכך שאשאר הסוכן למשך תקופת ביטוח קצובה/שאינה קצובה.
- בצירוף לתכנית טופ לילד - ככל וקיים למועמד/ים לביטוח כיסוי להתפתחות הילד בחברה (מנורה מבטחים ביטוח בע"מ), הבהרתי למועמד/ים לביטוח כי הכיסוי בתכנית טופ לילד הינו כיסוי נוסף על הכיסוי הקיים והוא אישר כי הבין ומעוניין בכיסוי נוסף.**

ה. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות:

- בצירוף לפוליסת מחלות**
אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף ט"ז בהצהרת המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד לביטוח, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.

2. פוליסות/כיסויים קיימים בביטוח רלוונטי

- האם יש בידי המועמד/ים לביטוח פוליסה/כיסויים מסוג דומה לכיסויים המבוקשים בטופס הצעה זה? לא כן, פרט כיסויים ופרטי מועמדים רלוונטיים:

- ככל ובידי המועמד/ים לביטוח קיימת פוליסה/כיסויים דומים, האם בכונת המועמד/ים לביטוח לבטל את הפוליסה או להקטין את הכיסוי הביטוחי?
 לא כן, המועמד/ים לביטוח מעוניין לבטל את הפוליסה/ להקטין את הכיסוי:
 באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג'.
 באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.
 באופן עצמאי: ללא מעורבות הסוכן או החברה

- 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 חחרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין ההחרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.

- 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 תכנית הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.

תאריך: _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן

ט. 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, וינכזו 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)

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-4

6400000275

חותמת 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 כרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי
מספר כרטיס אשראי	כתובת: יישוב 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 שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך 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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	614	



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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/הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מספר רחוב _____ מספר עיר _____ מיקוד _____

2. מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

3. א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 ב. הרשאה 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.
 ג. 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, הזינוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 ד. 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.
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 ז. את תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 ח. הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מייד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 3. 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/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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	614	

אישור הבנק - חתימה וחותמת

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/נם 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 לביצוע; 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 בהתייבויותכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____