

**טופס בקשה להצטרף לביטוח חיים קבוצתי
ע"ש אוניברסיטת תל אביב**

מספר תעודת הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	כתובת דואר אלקטרוני
כתובת מגורים	מס בית	ישוב	מיקוד	מס. טלפון
				מס סלולרי

הנני מבקש להצטרף לביטוח חיים הנ"ל הנערך ע"י מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ומצהיר בזאת כי כל הפרטים לעיל נכונים. ידוע לי כי אי מתן מידע ומענה מלא ומפורט על שאלות לגביהם נשאלתי בבקשה זו ובהצהרת הבריאות, עשוי להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח. הצטרפותי זו הינה לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה ולכל חידוש של הפוליסה בעתיד, אצל מנורה מבטחים ביטוח בע"מ או אצל מבטח אחר. לצורך תשלום הפרמיות, הנני נותן/ת בזה הרשאה לבעל הפוליסה לנכות ממשכורתי את חלקי בפרמיה, כפי שייקבע על ידי בעל הפוליסה.

ידוע לי, כי הפרמיה החודשית עבור הפוליסה היא הפרמיה הנקובה בדף פרטי הביטוח והיא לא תופחת במהלך תקופת הביטוח, גם אם חלק מהנספחים הנכללים בפוליסה לא חלים עלי שכן במועד ההצטרפות גילי עולה על הגיל המירבי להצטרפות, או במקרה בו חלק מהנספחים הנכללים בפוליסה בוטלו פקעו ו/או הופחתו כתוצאה מהגיעו של מבוטח לגיל המרבי לביטוח לנספח מסוים, לפי העניין, בהתאם לתנאי הפוליסה.

חתימת המועמד לביטוח: _____ תאריך: _____

מצ"ב מידע מהותי לגבי הביטוח

**את הטופס יש להעביר למייל: collective-life@menora.co.il או לפקס: 03-5489178
בשאלות בנוגע לביטוח הקבוצתי ניתן לפנות למוקד ביטוח חיים, מנורה מבטחים: 03-7107680**

כתב מינוי מוטבים

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. : _____ שנת לידה: _____,

המבוטח במנורה מבטחים ביטוח בע"מ במסגרת פוליסת קולקטיב ע"ש אוניברסיטת תל אביב מבקש למנות את המוטבים הבאים במקרה מותי חו"ח:

שם מלא	קרבה	מספר זהות	תאריך לידה	החלק ב- %

חתימת המועמד לביטוח: _____ תאריך: _____

*בהעדר קביעת מוטבים, המוטבים יהיו היורשים החוקיים של המבוטח, ע"פ צו ירושה או צו קיום צוואה.

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מידע מהותי לגבי הביטוח:

עיקרי הביטוח

הביטוח היסודי - מוות מכל סיבה שהיא.

עיקרי הביטוח היסודי - במקרה של פטירת המבוטח מכל סיבה שהיא במהלך תקופת הביטוח תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח למקרה פטירה.

כיסוי נוסף - במקרה נכות מתאונה:

עיקרי הכיסוי הנוסף - במקרה שהמבוטח ילקה בנכות קבועה מלאה או בנכות קבועה חלקית, עקב תאונה (אירוע חיצוני, פתאומי, חד פעמי, אלים ובלתי צפוי) שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תשלם לו החברה את סכום הביטוח, או חלק מסכום הביטוח (אשר יחושב בהתאם להוראות הפוליסה) במקרה של נכות קבועה חלקית. כל זאת, בכפוף להצהרות המבוטח בטופס הצעה ובהצהרת הבריאות.

כיסוי נוסף - במקרה נכות רגילה מוחלטת ותמידית:

עיקרי הכיסוי הנוסף - במקרה שהמבוטח ילקה בנכות רגילה מוחלטת ותמידית, תשלם לו החברה את סכום הביטוח, כל זאת בכפוף להצהרות המבוטח בטופס ההצעה ובהצהרת הבריאות.

מבוטח ייחשב כמי שהינו בעל נכות מוחלטת ותמידית **אם עקב תאונה או מחלה שאירעו בתקופת הביטוח התקיימו בו התנאים המצטברים הבאים:**

1. נשלל ממנו באופן מוחלט ולצמיתות הכושר לעסוק, באופן קבוע, בעיסוק ו/או במקצוע בהם עסק סמוך לאותה תאונה או מחלה, ועקב כך נבצר ממנו באופן מוחלט ותמידי לעסוק בעיסוק אחר כלשהוא (להלן: "אובדן מוחלט ותמידי של כושר העבודה").
2. המבוטח עדיין נמצא במצב של אובדן מוחלט ותמידי של כושר העבודה בתום תקופה של ששה חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

תחילת הביטוח

הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יחל לפי המאוחר מבין המועדים שלהלן:

1. יום כניסת הפוליסה לתוקפה: 01/12/2020.
2. תחילת החודש שלאחר המועד בו נתקבלה בחברה הודעת בעל הפוליסה על הצטרפות המבוטח לביטוח.
3. באם נקבע כי נדרשת חתימת מבוטח על בקשת הצטרפות – תחילת החודש לאחר המועד בו הודיעה החברה למבוטח על קבלתו לביטוח.
4. באם נקבע כי נדרשת הצהרת בריאות – תחילת החודש לאחר המועד בו הודיעה החברה למבוטח על קבלתו לביטוח, ואם נקבעו למבוטח תנאי חיתום – בתחילת החודש לאחר המועד בו קיבלה החברה את אישור המבוטח בכתב לתנאים אלה.

תום הביטוח

הכיסוי הביטוחי לפי הפוליסה או נספח מנספחיה לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים לפי המוקדם מבין המועדים שלהלן:

1. בהגיע המבוטח לגיל הביטוח המרבי לפוליסה או לנספח, לפי העניין:
 - לפוליסה ולכיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא: 75 שנה.
 - כיסוי למקרה נכות מתאונה: 68 שנה.
 - כיסוי למקרה נכות רגילה מוחלטת ותמידית: 68 שנה.
2. בתום החודש בו סיים את קשריו עם בעל הפוליסה.
3. תום תקופת הביטוח 30/11/2023 או ביטול פוליסה זו, לפי העניין.

כיסויים ביטוחיים ופרוט סכום הביטוח לכל כיסוי.

למבוטח, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו אינו עולה על 68:

- כיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא: 157,000 ₪.
- כיסוי למקרה נכות מתאונה: 157,000 ₪.
- כיסוי למקרה נכות רגילה מוחלטת ותמידית: 157,000 ₪.

למבוטח, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו עולה על 68:

- כיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא: 78,500 ₪.

גובה הפרמיה לכל כיסוי

- פרמיה חודשית עבור כלל הכיסויים כמפורט בטבלה:

פרמיה חודשית (חלק העובד וחלק האוניברסיטה יחד)	גיל המבוטח
₪ 29.85	עד 35
₪ 39.7	36-45
₪ 59.7	46-55
₪ 139.15	56-75

- התחלקות הפרמיה כמפורט לעיל בין הכיסויים הביטוחיים:

נכות רגילה מוחלטת ותמידית	נכות מתאונה	מוות מכל סיבה שהיא	גיל המבוטח
50%	8%	42%	עד 68
-	-	100%	68-75

משלם הפרמיה לכל כיסוי

כל עוד לא הודיע בעל הפוליסה לחברה אחרת בכתב יהיה משלם הפרמיה כדלקמן:

- בעל הפוליסה: 50% מהפרמיה.
- המבוטח: ישלם 50% מהפרמיה.

תדירות ומועדי תשלום הפרמיה

פרמיה חודשית המשתלמת עד ה- 20 לכל חודש בגין חודש קודם.

הצמדה של סכום הביטוח והפרמיה

- סכום הביטוח: צמוד למדד אך לא יפחת מהמדד הבסיסי.
- הפרמיה: צמוד למדד.

מדד בסיסי

12377 (המדד שהתפרסם ביום 15 לחודש 11 שנת 2020 מותאם למדד בסיסי של 100 נקודות בחודש ינואר 1959 ומחולק ב-1000).

החרגות

יובהר כי עבור מי שהיו מבטחים בביטוח חיים קבוצתי קודם של בעל הפוליסה שנסתיים ביום 30/11/2020 והמשיכו ברצף ביטוחי לפוליסה זו שהחלה ביום 01/12/2020 במנורה מבטחים ביטוח בע"מ, מועד ההצטרפות לביטוח עבור נספח ביטוח יסודי - מוות מכל סיבה שהיא, ייחשב מיום הצטרפותם לראשונה לביטוח הקודם, ולגבי כל נספח כיסוי ביטוחי הנכלל בפוליסה זו לא יחול סייג מצב רפואי קודם.

מקרה מוות מכל סיבה שהיא:

□ החברה תהיה פטורה מתשלום סכום הביטוח אם פטירת המבוטח אירעה עקב התאבדות במהלך שנת הביטוח הראשונה.

נכות מתאונה:

□ החברה לא תהיה אחראית לכל תשלום עפ"י נספח זה אם מקרה הביטוח נגרם כתוצאה או בקשר עם אחד או יותר מהמקרים הבאים:

1. ניסיון להתאבדות, חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון (פרט לניסיון להציל חיי אדם) של המבוטח;
2. השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות שהינה עבירה בדרגת עוון או פשע;
3. אלכוהוליזם של המבוטח;
4. שימוש בסמים על ידי המבוטח, פרט למקרה של שימוש על פי הוראות רופא;
5. מלחמה, מעשה חבלה או טרור, סכסוך מזוין או פעולה של כוחות עוינים סדירים או בלתי סדירים, שבגינם זכאי המבוטח לפיצוי ממשלתי, אפילו אם לא ביקש את הפיצוי ו/או ויתר עליו מכל סיבה שהיא;
6. שירותו של המבוטח בכל אחד מכוחות הביטחון אם המבוטח זכאי לפיצוי מגורם ממשלתי גם אם המבוטח ויתר על זכות זו, ככל שמקרה הביטוח נובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או משטרתי ו/או בטחוני (כגון: צה"ל, שב"כ, משטרת ישראל, שב"כ וכיוצ"ב);
7. טיסה בכלי טיס כל שהוא למעט טיסת המבוטח כנוסע בכלי טיס אזרחי הרשאי להוביל נוסעים;
8. שימוש בחומרי נפץ, טיפול המבוטח בחומר גרעיני, קרינה מייננת או זיהום רדיואקטיבי מדלק גרעיני כלשהו או בפסולת גרעינית כלשהי;
9. ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, קרינה מייננת, נשק גרעיני, ביולוגי או כימי;
10. השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות ספורט אתגרי. כדוגמת צלילה תת מימית, דאיה, צניחה ופעילויות ספורט אתגרי נוספות בהתאם לרשימת הפעילויות הנחשבות לפעילות ספורט אתגרי לעניין סעיף זה, כפי שתהיינה מעת לעת, שהוגשה לממונה ומפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.menora.co.il, והמהווה חלק בלתי נפרד מתנאי נספח זה;
11. פעילות המבוטח כספורטאי רשום באגודת ספורט רשומה לפי חוק הספורט, התשמ"ח-1988 וכן פעילות ספורט חובבני במסגרת אגודת ספורט כאמור.

נכות רגילה מוחלטת ותמידית

□ החברה לא תהיה אחראית לכיסוי נוסף זה אם מקרה הנכות נגרם במישרין או בעקיפין על ידי או עקב:

1. פציעה עצמית מכוונת, או ניסיון להתאבדות.
2. אלכוהוליזם או שימוש בסמים על-ידי המבוטח, למעט שימוש על-פי הוראות רופא.
3. השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות שהינה עבירה בדרגת עוון או פשע.
4. מלחמה או פעולה מלחמתית של כוחות עוינים-סדירים או בלתי סדירים.
5. פעולת חבלה או טרור מכל סוג שהוא, אם זכאי המבוטח לפיצויים מגורם ממשלתי.
6. טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו פרט לטיסת המבוטח בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
7. השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות ספורט אתגרי כדוגמת צלילה תת מימית, דאיה, צניחה ופעילויות ספורט אתגרי נוספות בהתאם לרשימת הפעילויות הנחשבות לפעילות ספורט אתגרי לענין סעיף זה, כפי שתהיינה מעת לעת, שהוגשה לממונה ומפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.menora.co.il, והמהווה חלק בלתי נפרד מתנאי נספח זה.
8. שימוש בחומרי נפץ.
9. סיכון עצמי במתכוון, פרט להגנה עצמית והצלת נפשות.

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

□ **נכות מתאונה, ונכות רגילה מוחלטת ותמידית - חריג מצב רפואי קודם:**

לענין סעיף זה:

מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

סייג בשל מצב רפואי קודם: סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1. החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מנספחיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג בדבר מצב רפואי קודם.

2. תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:

2.1 היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.

2.2 היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.

3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תסייג החברה את היקף חבותה בנוגע למצב רפואי קודם. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.

4. הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והחברה לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לענין מצב רפואי קודם. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

□ **החרגות ספציפיות לכיסויים נכות מתאונה ונכות רגילה מוחלטת ותמידית:**

החברה עשויה לקבוע בפוליסה החרגות ספציפיות נוספות, בהתאם לנתוניך ומצב בריאותך הקיים בעת הכניסה לביטוח.

תיאור המוצר לעיל הינו תיאור כללי בלבד ואינו ממצה את כל פרטי ותנאי הכיסוי הביטוחי, התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה ו/או הנספח.

הצהרת בריאות לביטוח קבוצתי

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	מקצוע	עיסוק
גובה בס"מ	משקל בק"ג	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים		אם כן, פרט ומלא שאלון טיס		

שאלות כלליות על מצב רפואי

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

מס'	שאלה	כן	לא
1.	עישון: האם הינך מעשן? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> אחר _____ כמות ביום _____ <input type="checkbox"/> לא - במידה ועישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
2.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר.		
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?		
4.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.		
5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשד הביטוח ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?		
6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?		
7.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)		
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?		
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?		

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:

האם אובחנת במהלך חיידך במחלות / הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה :
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

מס'	שאלה	כן	לא
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוקים, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?		
2.	מערכת הלב וכלי דם – לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי).		
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות		
4.	מערכת דם – לרבות מחלות דם ובעיות קרישה		
5.	מערכת מוטובולית – לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד		
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני		
7.	מערכת העיכול – לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלבל, פי הטבעת		
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד		
9.	מערכת כליות ודרכי שתן – לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן		
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה – לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות		
11.	מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית(FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה		
12.	אורתופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות בברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)		
13.	מערכת עיניים וראייה – לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס		
14.	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		
15.	עור ומין – לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה		
16.	מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV		
17.	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ אם כן, באיזה שבוע? _____		
18.	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים		

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:

הצהרת המועמד/ת לביטוח

אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזה כי:

1. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את החברה מתשלום סכום ביטוח בהתאם לחוק.
2. אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/ המתנה/ החרגות, ככל שישנן.
3. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה בכתב וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
4. אני מאשר/ת ומסכים/מה בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של החברה והיא רשאית לדחות הצעה.
5. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
6. 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.
7. הריני 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 ושרותים והקשורים אליה. אני מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שחברה תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם המועמד לביטוח: _____ מספר זהות: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: _____
א.ג.נ.,

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות למוסד רפואי ו/או לעובדכם 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 שיידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

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

שם המועמד לביטוח: _____ מספר זהות: _____
כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

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

שם העד: _____ מספר זהות: _____
מספר רשיון: _____ חתימת עד: _____