



020200101

מספר תיק
מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה לביטוח בריאות

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מלים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	אלמן <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	ילדים
				מספר פקס		
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס	
מקצוע	עיסוק בפועל		טלפון נייד			
*האם אתה מבטח בביטוח בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____						
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____						
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____						

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	אלמן <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	ילדים
				מספר פקס		
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר פקס	
מקצוע	עיסוק בפועל		טלפון נייד			
*האם אתה מבטח בביטוח בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____						
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____						
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____						

* החל מ-1.04.11 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מין	ילדים
						ראשון
						שני
						שלישי
רביעי						
*האם הילדים מבטחים בביטוח בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברה _____						
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בקופת חולים _____ בתוכנית _____						

שם מלא	מספר זהות/דרכון/ת.פ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	חלוקה %
				100 %	
שם מלא	מספר זהות/דרכון/ת.פ.	יחס קרבה	תאריך לידה/תאריך התאגדות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	חלוקה %
				100 %	

*למילוי רק עבור התוכניות הבאות: בריאות מושלמת טופ לסוגיה, כמו גדולים טופ, עתיד בריא, ניתוחים בחו"ל.

תאריך מוצע להתחלת הביטוח	01 200
--------------------------	----------

1-110008-06/03:06 אפי"

1.6.08	הצעה לביטוח	1
1.6.08	המשך הצעה לביטוח	2
1.6.08	הצהרת בריאות	3
1.6.08	המשך הצהרת בריאות	4
1.6.08	הוראה לחיוב חשבון	5



020200201

* ניתן לבחור באפשרות אחת בלבד:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת TOP ללא ברות ביטוח (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאות מושלמת נטו סף פיצוי (לפי מדד 10404) 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כמו גדולים TOP (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כמו גדולים 2000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עתידי בריא (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אופק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אופק רחב <input type="checkbox"/> אופק רחב עולמי (הכיסוי כולל אופק רחב וניתוחים בחו"ל)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה טופ - פיצוי לימי אשפוז** (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח) ** ניתן לרכוש גם ככיסוי נוסף בפוליסת הבריאות

* תוכניות הביטוח הסודר

ז						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "בריאות מושלמת פלוס"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "רפואה מונעת" - כתב שרות אמבולטורי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "תרופה מושלמת" - למצטרפים ל: "בריאות מושלמת 2000"/"עתידי בריא"/"כמו גדולים 2000"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הוספת נספח "תרופה מושלמת" לפוליסה מס' _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קן לחיים - ביטוח למקרה גילוי מחלת הסרטן (לבחירתך סכום ביטוח בין 50,000 ש"ח עד 400,000 ש"ח. ליילדים עד 200,000 ש"ח)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שחרור מתשלום פרמיה במקרה של אבדן כושר עבודה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "תוספת לביטוח עתידי בריא" - הרחבה לכיסוי לכל הניתוחים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח שירותים רפואיים לתוכניות אופק ואופק רחב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח "ניתוחים בחו"ל" - לתוכניות אופק / אופק רחב / עתידי בריא (אנא מלא פרטי מוטבים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	היי טק קייר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה טופ - פיצוי לימי אשפוז (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלקה ראשונה - פיצוי לימי אשפוז (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	החלמה מושלמת - פיצוי לימי החלמה (לבחירתך סכום ביטוח מ-100 ש"ח ועד 1,000 ש"ח, בכפולות של 100 ש"ח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאותק (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בריאותק טופ (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000, כמו גדולים טופ/2000).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטול החרגת תאונת עבודה (לתוכניות בריאות מושלמת טופ/2000 וכמו גדולים טופ/2000).

סיפוס טיפוסים

ח						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי פוליסת בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן מהווה ביטוח משלים, 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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים (בריאות מושלמת TOP), תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא (בריאות מושלמת TOP) תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

אשור המבוטח הרוכש תכנית בריאות מושלמת 101 לבעלי שב"ן עם ברות או ללא ברות

"אפי" 03/06/06-08/0011-2

חתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח השני

1.6.08	המשך הצעה לביטוח	2
1.6.08	הצהרת בריאות	3
1.6.08	המשך הצהרת בריאות	4
1.6.08	הוראה לחיוב חשבון	5



020200301

פרטי מבטוח שני				פרטי מבטוח ראשי				ט
שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות	פרטי המבטוח
משקל	גובה	שם הרופא המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	משקל	גובה	שם הרופא המטפל	שם המוסד הרפואי המטפל	

מבטוח שני		מבטוח ראשי		שאלות כלליות	
לא	כן	לא	כן	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם. הקפד לרשום מיפיו לגבי מבטוח ראשי ומשמאל לגבי מבטוח שני.	
				1. האם חל שינוי במשקלך במהלך השנה האחרונה?	
				2. מחלות בקרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד, מעי הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית וגיל גילוי המחלה.	
				3. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).	
				4. קיימת נכות.	
				5. נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת אובדן כושר עבודה.	
				6. מובטל מסיבות בריאותיות.	
				7. בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כל שהיא: צינטור, מיפוי לב, א.ק.ג., קולונוסקופיה, אנדוסקופיה, אולטרסאונד, אקו לב, רנטגן, ארגומטריה, C.T., או כל בדיקה אחרת.	
				8. קשר קרוב עם אנשים חולים באיידס, שחפת דלקת כבד.	
				9. נאסר עליך לתרום דם.	
				10. טופל בעבר בכימותרפיה או הקרנות.	

מבטוח שני		מבטוח ראשי		11. הצהרת אי-עישון/עישון	
לא	כן	לא	כן	ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. לסמן ✓ במשבצת המתאימה.	
				האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ והפסקתי בשנת _____	
				האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ והפסקתי בשנת _____	
				האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____	

				12. האם אתה צורך/צרכת סמים?	
				13. האם הינך שותה קבוע יותר מכוס משקה אלכוהול ביום?	
				14. האם היה במקצועך ועיסוקך עבודה עם חומרים מסוכנים? פרט: _____	
				15. תחביבים: טייס, רחיפת מצנחים, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, צלילה.	
				16. האם מקצועך קשור באומנות, ספורט, טייס, צלילה?	
				17. האם חשט בשינוי לרעה במצב בריאותך לאחרונה?	
				18. האם קיים סיכון מיוחד באורח חיךך או בפעילויותך?	

שאלות על מחלות	
האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן, במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.	
	1. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.
	2. ריאות ודרכי נשימה.
	3. הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם.
	4. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.
	5. הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, העחול והלבלב.
	6. הפרעות בכליות ובדרכי השתן.
	7. ערמונית (פרוסטטה) ואשכים.
	8. סכרת, טירואיד, שומנים EMF והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות.
	9. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.
	10. הפרעות הקשורות לעור.
	11. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.
	12. הפרעות בגב ובעמוד השידרה.
	13. סרטן, פרט, תאריך גילוי ומיקום.
	14. הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.
	15. מצבים גינקולוגיים ומחלות נשים.
	16. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטאופורוזיס.

שאלות נוספות	
	1. האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג הביטוח ומתי בוצע:
	2. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באישפוז ו/או ניתוח בעתיד?
	3. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת?
	4. האם אתה נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה ולאיה צורך _____

תאריך _____ חתימת המבטוח הראשי X חתימת המבטוח השני X

1.6.08	הצהרת בריאות	3
1.6.08	המשך הצהרת בריאות	4
1.6.08	הוראה לחיוב חשבון	5

11-08/06-03/06 "אפי"

יא	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי	
					שם המוסד הרופא המטפל
					שם הרופא המטפל
					האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן: במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.
	לא	כן	לא	כן	לא
שאלון בריאות לילדים					
					1. מחלות קרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד/מעיים הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרובה משפחתית וגיל בגילי המחלה.
					2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).
					3. קיימת נכות.
					4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.
					5. ריאות ודרכי הנשימה.
					6. הפרעות בלב ובכלי הדם, אינושה בלב ולחץ דם.
					7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.
					8. הפרעות בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והבלב.
					9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופיפ.
					10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.
					11. בעיות הקשורות לעור.
					12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.
					13. הפרעות בגב ובעמוד השדרה, פרקים ועצמות.
					14. סרטן, פרט, תאריך גילי ומיקום:
					15. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.
					16. מצבים גינקולוגיים ומחלות נשים.
					17. סכרת, טירואיד, שומנים והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות.
					18. בעיות התפתחות ו/א ליקוי למידה. פרט:
					19. האם ילדך עבר ניתוח בעבר? פרט:
					20. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/א ניתוח בעתיד?
					21. האם ילדך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת.
					22. האם ילדך נוטל תרופות? אם כן פרט שם התרופה ו/א צורך.

יא	הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדם לביטוח
	<p>אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <p>א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.</p> <p>ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח/ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>ג. אני/מאשרים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחייתו של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.</p> <p>ד. ידוע לי/נו שחובה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרסומים הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.</p> <p>ה. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה: אני/נו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עינון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.</p> <p>ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו מסכה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (הריני: מערכת נגיבת רפואית, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.</p> <p>ז. הביטוח אינו מסכה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.</p> <p>ח. הריני מצהיר כי עיינתי במדריך המוצגים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.</p> <p>ט. כל ההצהרות הנוגעות לילד/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.</p> <p>י. אני מצהיר/ה בזה כי הובא לידיעת, ואני מסכים/ים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוגחת "מנורה מבטחים החזקות בע"מ" ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי ד"ן.</p> <p>יא. מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח על-ידי חברה אחרת מקבוצת מנורה מבטחים, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.</p> <p>יב. מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תתייחס לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחה מידע במתן שירותי המידע כאמור, שישו פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.</p> <p>יג. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	הצהרת המועמד על סודיות רפואית
	<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלטונות צה"ל, למשרד הביטחון והחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ה"ה"ל המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והני משחרר אתכם וכל רופא מרפאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כניל ומוותר על סודיות כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אילכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עתבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיני חשבו בכל הנוגע לבריאותי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.</p> <p>הבקשה לקבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	מיני הסוכן כשולח של המבטח
	<p>על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשולחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולחך, תחום על הנוסח שלהלן:</p> <p>נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שליחי לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולענין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

יא	הצהרת הסוכן
	<p>אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח. אני מצהיר בזה כי המבטח <input type="checkbox"/> לא הצטרף באמצעות ההלפון <input type="checkbox"/> הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המבטח את ההצהרות הרשומות לעיל.</p>
	<p>תאריך: _____ חותמת וחתימה בעל הפוליסה</p> <p>חתימת המבטח הראשי: _____ חתימת המבטח השני: _____</p>

מספר זהות/דרכון



020200401

מספר פוליסה

--

תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614

לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

- ידוע לילינו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילינו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילינו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

- הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילינו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

1. אני/הח"מ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות / חי"פ _____

מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לילינו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל ד.

ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון **X**

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף בנק
קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה	614

אישור הבנק

לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם 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 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-ידיכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ישראכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
שם בעל כרטיס האשראי	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דינרס		מספר זהות	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד		

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר תשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי **X**