



| |
|-------------|
| מספר פוליסה |
| מספר תיק |

הצעה לביטוח בריאות ומחלות קשות

מעודכן לחודש 08/2025

טופס 20-17
6400000275

(מידע רגיש)

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקיום או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין.

| | | | |
|------------|----------|--|------------------------|
| מספר הסוכן | שם הסוכן | תאריך תחילת ביטוח* 01/MM/YYYY | חותמת תאריך קבלה בחברה |
| מס' חבילה | | המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העקב (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 המבטח. | |

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

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

פרטי המועמדים לביטוח

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות | תאריך לידה | מין | עיסוק* | דוא"ל* | מס' טלפון נייד* | מס' טלפון בבית* | קופת חולים (חובה למלא) | שב"ן (ביטוח משלים) | כתובת מגורים מעל גיל 18 (חובה למלא) רחוב מספר בית מספר דירה ישוב מיקוד | |
|----------|---------|-----------|------------|-----------|------------|--------|-----------------|-----------------|------------------------|--------------------|---|--|
| ילד 4 | ילד 3 | ילד 2 | ילד 1 | מועמד שני | מועמד ראשי | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

* מגיל 18 חובה למלא. אין לציין מספר טלפון או דוא"ל של קטין מתחת לגיל 18.

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): _____
 (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 שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

רשות 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. לידיתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם או לחלופין, בפוליסה קבוצתית, הבגיר בזכותו צורף הקטין לפוליסה יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות בטלפון מספר 2000*.
לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי 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 המועדון בפוליסה הקיימת, אמצעי התשלום שניתן בטופס זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

התשלום החדשי - 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**

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד".
מועד גביה: אשראי 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת).

ג. בחירת כיסויים - יש לסמן את הכיסויים המבוקשים

| מועמד ראשי | מועמד שני | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| תכניות בסיס | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| תרופות מחוץ לסל הבריאות | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל | | | | | |
| ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לרכישה בצירוף לתכניות בסיס* | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - ללא השתתפות עצמית | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית | | | | | |
| תכניות אמבולטוריות - לרכישה בצירוף לתכניות בסיס* | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ייעוץ ובדיקות | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| אבחון רפואי מהיר | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| טכנולוגיות טופ - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות | | | | | |
| *במידה ולא סומנו לרכישה שלושת תכניות הבסיס במסגרת טופס הצעה זה חובה למלא את ההצהרה הבאה: (מועמדים לביטוח מעל גיל 60 לא נדרשים למלא הצהרה זו.) | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| הריני מאשר/ת כי קיימות ברשותי כל שלושת תכניות הבסיס כאמור לעיל, במנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת או לחלופין, אני מבצע מעבר בהמשכיות מביטוח בריאות קבוצתי. | | | | | |
| כתבי שירות | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| טופ לילד - אבחונים וטיפולי התפתחות לילדים | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| טיפולים TOP - רפואה משלימה | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| מניעתית TOP - בדיקות מניעתיות ואורח חיים בריא | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| smart DR - ייעוץ רפואי מקוון ורופא עד הבית | | | | | |
| כיסויים נוספים | | | | | |
| <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 1/2016) | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| תרופות בהתאמה אישית (לבעלי כיסוי תרופות במנורה בין 6.2008 ל-10.2023) | | | | | |
| מועמד ראשי | מועמד שני | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד 4 |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ |
| קרן אור TOP (מחלות קשות) סכום ביטוח מקסימלי 600,000 ש"ח ליילד סכום ביטוח מינימלי- 100,000 ₪ | | | | | |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ | ש"ח _____ |
| קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת סרטן) סכום ביטוח מקסימלי 400,000 ש"ח ניתן לרכוש תכנית יסודית מגיל 21 | | | | | |

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 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 מחלותי 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 לנענין 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 מבוטח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X _____

שם מבוטח 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 _____

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

שאלון בריאות למועמדים לביטוח

מספר הצהרה 227

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 דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות.

ה. שאלון בריאות בכל שאלה יש להקיף בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודה רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת.

| שאלון בריאות | | | | | | | שם פרטי ומשפחה | | |
|---|-----------|-------|---------|-----------|-----------|---|----------------|--|--|
| מועמד ראשי | מועמד שני | ראשון | ילד שני | ילד שלישי | ילד רביעי | גובה | | | |
| מועמד ראשי | מועמד שני | ראשון | ילד שני | ילד שלישי | ילד רביעי | בס"מ (מגיל 12) | | | |
| מועמד ראשי | מועמד שני | ראשון | ילד שני | ילד שלישי | ילד רביעי | בק"ג (מגיל 12) | | | |
| שאלות כלליות | | | | | | | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 1. האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? במידה וכן, אנא פרט: <input type="checkbox"/> סיגריות (חובה לציין כמות סיגריות) <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> נרגילה <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית <input type="checkbox"/> גראס/מריחואנה בעישון (2) <input type="checkbox"/> תשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים. | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 2. האם הינך שותה כיום או שיתיה בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 3. האם הינך צורך קעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)? | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 4. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום בהליך בירור רפואי שטרם הסתיים או טרם נקבעה אבחנה סופית בגינו? הליך בירור הינו הליך הכולל הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה ו/או לבדיקות אבחנתיות כגון: צינתור, מיפוי לב או עצמות, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון) PSA, ציסטוסקופיה, קולפוסקופיה, היסטורוסקופיה, ממוגרפיה, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, EEG, דופלר קרוטיס ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטישטוש/הרדמה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור ולאחר קבלת אבחנה חד משמעית | | | |
| האם אובחנת/חלת/תסופת על הומלץ לך על טיפול תרופתי או אחר, ו/או עברת או הומלץ לך על ניתוח/אשפוז בשל מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: | | | | | | | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 5. מח ומעי עצביים: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים* <input type="checkbox"/> מוח* <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה* <input type="checkbox"/> אירוע מוחי* <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> אוטיזם* <input type="checkbox"/> גושה* <input type="checkbox"/> גושה* <input type="checkbox"/> ניוון שרירים* <input type="checkbox"/> אפילפסיה (3) פרקינסון* <input type="checkbox"/> רעד* <input type="checkbox"/> פיגור שכלי* <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין* <input type="checkbox"/> פוליו* <input type="checkbox"/> נזירופברומטוזיס* <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?* <input type="checkbox"/> הפרעת קשב וריכוז. | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 6. לב, מחלות דם וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב (4) <input type="checkbox"/> מחלת דם* <input type="checkbox"/> תסחיף ריאתי* <input type="checkbox"/> אנמיה <input type="checkbox"/> מפרצת/AVM <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה (5) <input type="checkbox"/> PVD (5) <input type="checkbox"/> דליות/אי ספיקה בורידי* <input type="checkbox"/> רגליים <input type="checkbox"/> חסימה בעורקי הצוואר (קרטיס)* <input type="checkbox"/> ITP /טרומבוציטופניה <input type="checkbox"/> טלסמיה מיינור <input type="checkbox"/> טלסמיה מייג'ור* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 7. בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7) | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 8. טיפול או המלצה לטיפול תרופתי / דיאטתי או אחר ב-10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="checkbox"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="checkbox"/> כולסטרול (9) <input type="checkbox"/> לחץ דם <input type="checkbox"/> חסר חלבון <input type="checkbox"/> זריקות/תרופות לטיפול בעודף משקל | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 9. אנדוקרינולוגיה ובלוטות: <input type="checkbox"/> בלוטת התריס/מגן (תירואיד) (10) <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת התריס (פארא-תירואיד) (10) <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח* <input type="checkbox"/> אדרנל* <input type="checkbox"/> הפרעות בהפרשת פרוקטטין* <input type="checkbox"/> הזעת יתר <input type="checkbox"/> טיפול הורמונלי (שלא בשל גיל המעבר)* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 10. סרטן גידולים שפירים: <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן) גידולים ממאירים* <input type="checkbox"/> גידולים שפירים (11) <input type="checkbox"/> גידולים טרום סרטניים* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 11. מעי עיכול: <input type="checkbox"/> קיבה (12) <input type="checkbox"/> מעיים (12) <input type="checkbox"/> וושט (12) <input type="checkbox"/> טחול* <input type="checkbox"/> אבנים בכיס מרה(12) <input type="checkbox"/> בלבלב (12) <input type="checkbox"/> מחלת כבד(13) <input type="checkbox"/> צהבת (13) <input type="checkbox"/> כבד שומני (13) <input type="checkbox"/> פיפטולה* <input type="checkbox"/> קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12) <input type="checkbox"/> צניחת פי טבעת (רקטוצלה) <input type="checkbox"/> ניתוח/טיפול להשמנת יתר (קיצור קיבה/מעקף קיבה או תרסריון/בלון וכד') <input type="checkbox"/> טחורים (במידה וכן יש לענות על שאלת המשך מטה) <input type="checkbox"/> פיסורה (במידה וכן יש לענות על שאלת המשך מטה) <input type="checkbox"/> האם עבר ניתוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' שנים שחלפו מהניתוח: _____ <input type="checkbox"/> האם הבעיה חלפה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 12. ריאות נושמה: <input type="checkbox"/> אסטמה/ברונכיט (14) <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)* <input type="checkbox"/> סיטיק פיברוזיס* <input type="checkbox"/> דום נשימה בשניה <input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות/דלקתיות/מעי חיסון: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> שחפת* <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס* <input type="checkbox"/> סקלודרמה* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 13. מחלות זיהומיות/דלקתיות/מעי חיסון: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> שחפת* <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס* <input type="checkbox"/> סקלודרמה* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 14. כליות ודרכי שתן: <input type="checkbox"/> כליות (15) <input type="checkbox"/> מערכת/דרכי השתן (15) <input type="checkbox"/> שלפוחית שתן (15) <input type="checkbox"/> הרניה/בקע: <input type="checkbox"/> טבורי <input type="checkbox"/> מפשעה ימין <input type="checkbox"/> מפשעה שמאל <input type="checkbox"/> סרעפת <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 15. האם בוצע ניתוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' שנים שחלפו מהניתוח: _____ <input type="checkbox"/> האם המצב תקין? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 16. ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה* <input type="checkbox"/> מחלת מפרקים/דלקת מפרקים* <input type="checkbox"/> גאוט/היפראוריצמיה <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת)* <input type="checkbox"/> FFM (16) <input type="checkbox"/> תסמונת העייפות הכרונית <input type="checkbox"/> סיוג'רן* | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 17. אורטופדיה: <input type="checkbox"/> גב ועמוד שדרה (17) <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="checkbox"/> שברים (19) <input type="checkbox"/> ברכיים (18) <input type="checkbox"/> מפרקים (18) <input type="checkbox"/> מחלת עצמות/שלד* <input type="checkbox"/> כתפיים (18) <input type="checkbox"/> קרסוליים (18) <input type="checkbox"/> מפרקי ירכיים (18) <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> הלוקס ולגוס <input type="checkbox"/> אצבע הדק | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 18. עיניים: <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (עדשות מעל 8) <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה בעיניים (21) <input type="checkbox"/> אובאיטיס* <input type="checkbox"/> עיוורון (21) | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 19. אף/אוזן/גרון: <input type="checkbox"/> אוזניים (22) <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="checkbox"/> מחלת מנייר <input type="checkbox"/> ורטיגו <input type="checkbox"/> אף (22) <input type="checkbox"/> גרון (22) <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק(22) <input type="checkbox"/> מיתרי הקול (22) | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 20. עור ומין: <input type="checkbox"/> מחלות עור (20) <input type="checkbox"/> מחלות מין* <input type="checkbox"/> ריבוי נקודות חן <input type="checkbox"/> הדורשות מעקב רופא (20) <input type="checkbox"/> גידול/נגע עור (20) <input type="checkbox"/> פילימה <input type="checkbox"/> קנדידומה <input type="checkbox"/> פמפיגוס וולגריס* <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (20) <input type="checkbox"/> מיקוזיס פונגואטיס (למפומה של העור)* <input type="checkbox"/> לופוס עורי* <input type="checkbox"/> פילונידל סינס <input type="checkbox"/> מחלות עור ומין (20) | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 21. שאלון גברים (מגיל 18): <input type="checkbox"/> בעיות פריין <input type="checkbox"/> בלוטת ערמונית (23) <input type="checkbox"/> אשכים (23) <input type="checkbox"/> איבר מין (23) <input type="checkbox"/> גניקומסטיה (הקטנת חזה) <input type="checkbox"/> הידרוצלה (23) <input type="checkbox"/> וריקוצלה (23) <input type="checkbox"/> אין אונות | | | |
| כן | כן | כן | כן | כן | כן | 22. שאלון נשים (מגיל 14): <input type="checkbox"/> רחם (24) <input type="checkbox"/> שחלות/חצוצרות (24) <input type="checkbox"/> צוואר רחם/בדיקת פאפ לא תקינה (24) <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית (24) <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> הידבקויות* <input type="checkbox"/> דלקות אגן חוזרות* <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות (מעל 3)* <input type="checkbox"/> גידולים בשיניים (24) <input type="checkbox"/> ניתוח הגדלת/הרמת חזה עם שימוש בשתלים <input type="checkbox"/> בעיות/טיפולי פריין <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי <input type="checkbox"/> בהריון כעת | | | |

| | |
|-----------|-------------|
| מספר זהות | מספר פוליסה |
|-----------|-------------|

| | | |
|--|--|---|
| 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"/> נולד פג* <input type="radio"/> עקמת פין <input type="radio"/> הידרוצלה <input type="radio"/> לשון קשורה האם נותח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> אשר טמיר האם נותח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| ברכישת תכניות מסוג ניתוחים בישראל / ניתוחים בחו"ל / כיסוי טיפולים מחליפי ניתוח יש לענות על השאלה הבאה | | |
| 24. | האם הנך עוסק בספורט מקצועני ששכר בציוד? (מגיל 16) פרט: | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| שאלה נוספת לרוכשים כיסוי קרן אור טופ/קרן לחיים | | |
| 25. | היסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אח/ת) אובחנו 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"/> הנטינגטון <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> אלצהיימר | שאלון בני משפחה-26 <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| שאלון ילדים מתחת לגיל שנה הרוכשים כיסוי קרן אור טופ מענה חיובי לאחת או יותר מהשאלות מחייב העברת תעודה רפואית מרופא מטפל המתייחס לבעיה המוצהרת וכלל התייחסות לתוצאות בדיקות שבוצעו והמלצות להמשך טיפול ו/או מעקב | | |
| 26. | היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרובי התינוק (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו או ידוע על המחלות הבאות: קרדיומיופתיה, כליות פוליציסטיות, ניוון שרירים, ציסטיק פיברוזיס, קדחת ים תיכונית, איידס כולל נשאות או מחלה תורשתית אחרת? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 27. | האם התינוק נולד פג או שהה לאחר הלידה או לאחר שחרורו בפגיה ו/או טיפול נמרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 28. | האם התינוק ממתין לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לו לבצע אותם לאחר השחרור מבית החולים או על ידי רופא ילדים או רופא מומחה אחר?* | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 29. | האם התינוק נמצא כעת או הומלץ לו בעבר על בירור רפואי/מעקב רפואי/טיפול תרופתי קבוע אצל רופא מומחה/מרפאת פגים/התפתחות הילד?* | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |

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 _____

1. פרטי מוטבים - ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין

| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז./דרכון | תאריך לידה | קרבה | % חלוקה** |
|---------|----------|------------|------------|------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | 100% |

| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז./דרכון | תאריך לידה | קרבה | % חלוקה** |
|---------|----------|------------|------------|------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | 100% |

ז. הצהרת המועמד/ים לביטוח

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח

אני התחום מטה, מבקש/ת בזה ממונה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/ות הביטוח לפי הרשום בטופס ז, ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מאשר, מסכים ומתחייב בה כ:

- 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 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 כי הביטוח מיועד לתושבי ישראל, והריני לאשר כי במהלך 12 החודשים האחרונים שקדמו להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
- ד. ידוע לי שקיבלתי או דחייתיה 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. מידע אישי אודותיך יעודר במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפיננסיים שלך ובלבד העניינים הקשורים אלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיור ישיר) אלא אם ביקשת אחרת לעניין זה מקום שהדין מאפשר זאת. המידע עשוי לעבור לספקים ולצדדים שלישיים לצורך מימוש המטרות לעיל ובכפוף להוראות הדין. ברוב המקרים אין חובה חוקית למסור את המידע אך בלעדיו לא נוכל לספק לך את השירות/המוצר המבוקש. לפרטים על זכויותיך לעיון ותקנון מידע אישי ולדרכי פנייה לממונה על הגנת הפרטיות, מצורף לינק ללמידות הפרטיות <https://www.menoramivt.co.il/general/privacy-policy>.
- 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. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ז. 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.
- ח. אני מאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתוכניות הבריאות שבכוננתי לרכוש וכן כי דמי הביטוח ותנאי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח. ידוע לי שקיימים תכניות וכתבי שירות, שניתנים לרכישה רק ביחד עם כיוסי בסיס מסוים וביטול כיוסי הבסיס יגרום לביטול של תכנית או כתבי שירות אלו.
- ט. הכלל שאני אזרח ותיק, בוצע עבורי הליך התאמת צרכים שכלל קבלת נספח ו' לחוזר צירוף לביטוח ("תמצית תנאי הביטוח") ומולאו הוראות לעניין שיווק ביטוח באופן יזום.
- י. הובהר לי שחלחתי חובה על קיום שלוש כיוסי הבסיס - תרופות, השתלות וניתוחים בחו"ל לצורך רכישה כיוסי מסוג ניתוחים וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל ו/או תכניות ביטוח נוספות. וכלל ואבטל אחד או יותר מכיוסי הבסיס, בתוך שישה חודשים ממועד הצירוף לפוליסת הבסיס, חובה עלי לעדכן את חברת הביטוח ולבקש לבטל את הכיוסים הנוספים שנרכשו ככל ונדרש ביטולם לפי הוראות הרגולציה. ידוע לי שקיימים תכניות וכתבי שירות, שניתנים לרכישה רק ביחד עם כיוסי בסיס מסוים וביטול כיוסי הבסיס יגרום לביטול של תכנית או כתבי שירות אלו.

יא. אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאפטורפוס טבעי שלהם.

יב. **הצהרת מועמדים לביטוח המבקשים לרכוש תכנית מסוג ניתוחים** - הריני מצהיר כי אני מודע לכך שתוכנית הבסיס אינן כוללות כיוסי ביטוח בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, הן היתר מכיוון שכיוסי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. הריני לאשר כי בעקבות התעניינותי בהרחבת הכיוסי הביטוחי בגין ניתוחים פרטיים בישראל, הוצג בפני הכיוסי הביטוחי בגין ביצוע ניתוחים בישראל במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים בה אני חבר - כפי שמופיע באתר הר הביטוח והוסבר לי מה כוללת ההרחבה על פי תכנית הביטוח לכיוסי זה.

כ. כמו כן הריני לאשר, כי הוצגה לי האפשרות לרכוש כיוסי ביטוחי מסוג משלים שב"ן עם השתתפות עצמית ורק לאחר מכן הוצעו לי אפשרויות נוספות של כיוסי ביטוחי מסוג משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית או כיוסי ביטוחי משלים שב"ן - מהשקל ראשון.

ג. כמו כן הוצגו בפני דמי הביטוח של שלוש האפשרויות הנזכרות לעיל בטבלאות השנתות הפרמיה לכלל הגילאים, על פי הגילאים הרלוונטים לי.

יד. **שוק ההון תפעיל ממשק מקוון ומאובטח בו קופות החולים וחברת הביטוח יעבירו ביניהם מידע נדרש בהתאם להוראות הדין לצורך תשלום עלות הניתוח.**

ה. **אני מצהיר לביטוח** - ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הביטוח והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח. **אני מוציא את שמו** כי ככל יחול עיכוב בקבלת לביטוח הבריאות בחברת מנורה מבטחים מכל סיבה שהיא, סוכן הביטוח שם הסוכן **מספר סוכן** הינו שלוח שלי לפעול בשמי אל מול חברת הביטוח לצורך בקשת עדכון תאריך תחילת ביטוח מבוקש, לרבות העברת בקשה לחברת הביטוח לדחיית מועד תחילת הביטוח. כמו כן, אני/מוסמקי/ים את סוכן הביטוח להגיש למנורה מבטחים ולקבל ממנורה מבטחים בשמי/נו ועבור/נו את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.

ו. כמו כן, במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, הסוכן מוסמך לבקש כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שנדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כאמור לא יופק כמבוטח ראשי.

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 _____

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

- טו. אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כיוסי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיוסים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיוסי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הקופות האחריות העיקריים, למעט השתתפות עצמית בכיוסי 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.
- טז. 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. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- זז. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- יח. **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 ז, וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שגובו ביטול תוקפה. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הגשתי תביעה לחזרה 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 _____

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

- יט. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה ביטוח דומה לפוליסה שביצעתי 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 של המבוטח בפוליסה קיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
- כ. הריני מאשר כי בכוננתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי פוליסה נוספת 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 (למעט אם צורך נספח ג כמפורט בהצהרת הסוכן)**

* 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 _____

כ. הצהרת מועמד לביטוח המבקש לרכוש כיוסי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית או עם השתתפות עצמית

אני מאשר כי קיימת ברשותי תכנית מסוג משלים שב"ן. הוסבר לי כי הכיוסי בגין ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן 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. להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותי על פי השב"ן וכן לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" למימוש זכויותי על פי הפוליסה דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיוסי מלא לניתוחים (מהשקל הראשון) תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

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 כיוסי מלאה (מהשקל הראשון) תוך 60 ימים ממועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חרות 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 _____

| מועמד ראשי | מועמד שני | ילדים מגיל 18 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

כא. מוסכם עלי לקבל דברי פרסום ממנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp, וגם שמידע רלוונטי אודותיי יועבר לחברות אחרות בקבוצת מנורה מבטחים* לשם קבלת דברי פרסום והצעות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, כולל אלו המותאמות לי אישית, לרבות ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp.

* לרבות שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.א.ר.אן ישראל בע"מ וחברות אחרות בקבוצה.

אי סימון "V" אין משמעו סירוב לקבלת דברי פרסום אם כבר הסכמת לקבל בעבר ובמקרה כזה העדפותיך לגבי דברי פרסום שרשומות אצלנו יישמרו. ניתן לשנות את העדפות אלו בכל עת ב- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.

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 _____

ח. הצהרת הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנשמר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- 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.
- ככל שהמועמד לביטוח הינו אזרח וותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, כולל מסירת נספח ו' לחוזר צירוף לביטוח ("תמצית תנאי הביטוח") ועמידה בהוראות שיווק ביטוח באופן יזום).
- ידעתי את המועמד לביטוח על חברות הביטוח שמהן עיקר העמלות שלי וציינתי 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.
- במקרה של רכישת כיסוי ניתוחים בישראל או רכישת תוכנית ביטוח נוספות מתחת לגיל 60, וודאתי כי למבוטח קיימים שלושת כיסויי הבסיס- השתלוח, תרופות וניתוחים בחו"ל (למעט במקרים בהם קיים פטור) וידעתי את המועמד לביטוח כי חלה חובה על פי שלושת כיסויי הבסיס לצורך רכישת כיסויים נוספים.
- הכל ולמבוטח נרכשה פוליסת ניתוחים, ביצעתי את הצירוף בהתאם להוראות חוזר עריכת תכנית בריאות פרט, הצעתי לו לרכוש תכנית משלים שבין עם השתתפות ורק לאחר מכן תכנית ניתוחים משלים שבין ללא השתתפות עצמית או תכנית ניתוחים מהשקל הראשון ללא השתתפות עצמית וידעתי את המבוטח בדבר זכויותיו בפוליסת המשלים שברשותו.

ו. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות:

- 1. בצירוף פוליסת מחלות**
אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד לביטוח למלא את ההצהרה בסעיף י"ט בהצהרת המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד לביטוח, אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל, בין היתר בדיקה באתר הר הביטוח.
- 2. פוליסות/כיסויים קיימים בביטוח רלוונטי**
א. האם לאחר ביצוע התאמת צרכים נמצא כי קיימת ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח פוליסה/כיסויים מסוג דומה לכיסויים המבוקשים בטופס הצעה זה?
 לא כן
 ב. ככל ובידי המועמד/ים לביטוח קיימת פוליסה/כיסויים דומים, האם בכונת המועמד/ים לביטוח לבטל את הפוליסה עם הכיסוי הדומה או להקטין את הכיסוי הביטוחי?
 לא - מדובר בפוליסה קבוצתית ו/או המשכיות מפוליסה קבוצתית, והחמתתי את המבוטח על אישור ייעודי כי מודע לכך כי קיימת ברשותו פוליסה עם כיסויים דומים.
 לא - מדובר בפוליסה מסוג פיצוי או במקרה בו מותר על פי הוראות הרגולציה להחזיק בכיסוי דומה (כגון כיסוי תרופות כאשר קיימים חריגים שלא קיימים בפוליסה קיימת) והחמתתי את המבוטח על אישור ייעודי כי מודע לכך כי קיימת ברשותו פוליסה עם כיסויים דומים.
 כן, המועמד/ים לביטוח מעוניין לבטל את הפוליסה/ להקטין את הכיסוי:
 באמצעות החברה: מצרפת 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 חרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין ההחלטות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.
- במידה ובוצעה פעולה כלשהי מול המועמד/ת לביטוח באמצעות שיחה טלפונית, השיחה תועדה בהקלטת שמע.
- אני מצהיר/ה 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 הדין.

תאריך: _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן X _____

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)
- 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 ההחלטות, ככל שיישג.
- 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 וכיו"ב (לרבות הגדלת סכומי הביטוח), תאריך תחילת הביטוח הינו תאריך תחילת הביטוח של התכנית המוצעת.
- ועל הכיסויים ו/או ההרחבות שהתווספו תחול תקופת אכשרה וחריג מצב רפואי קודם וכן יחולו תנאי החיתום שנקבעו למבוטח בפוליסה זו.
- להסרת ספק יובהר, כי בפרקי הביטוח בהם נקבע סכום שיפוי מרבי (כגון תרופות מיוחדות), ייחשבו תגמולי ביטוח ששולמו במסגרת הכיסוי בתוכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, כאילו שולמו לפי תנאי התכנית המוצעת, וינוכח מסכום השיפוי המרבי בתכנית המוצעת.
- ידוע לי כי תנאי החיתום, שנקבעו עבורי בתכנית הבריאות המקורית (לרבות תוספת רפואית), יחולו על התכנית המוצעת המחליפה תכנית זו.
- אני מבקש כי עם כניסת תכנית זו לתוקף, תבוטל תכנית הבריאות המקורית, שהתכנית המוצעת באה להחליף.

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 _____

הוראה לחיוב חשבון

| |
|-------------|
| מספר פוליסה |
| קוד מחולל |

| | | | |
|------------|----------|---------------------------------|------------------------|
| מספר הסוכן | שם הסוכן | תאריך תחילת ביטוח 01/MM/YYYY | חותמת תאריך קבלה בחברה |
|------------|----------|---------------------------------|------------------------|

| | | | | |
|----------------------------|---------|----------|------|--------------|
| פרטי המועמד בעל הפוליסה | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מס' טל' נייד |
| פרטי המשלם | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מס' טל' נייד |
| | קרבה | דוא"ל | | |

פרטי כרטיס אשראי

| | | | | | |
|------------------|--|----------|---------|----------|-----------|
| סוג הכרטיס | <input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס | בתוקף עד | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות |
| מספר כרטיס אשראי | | | כתובת | | |
| | | | רחוב | מס' בית | ישוב |
| | | | 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 שיופנק וישיא 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 מסלקה סניף | בנק |
| קוד מוסד | אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה | 614 | |



לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת 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 _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
 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 עפ"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, הזיכוי 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 לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 ח. 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.
 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/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 מסלקה סניף | בנק |
| קוד מוסד | אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה | 614 | |

לכבוד: **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**
ת.ד. 1927, רמת-גן 5211801
קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו 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 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 בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך _____ בנק _____ סניף _____