



020102701

מספר פוליסה
שם בעל רישיון
מספר בעל רישיון
חוממת תאריך קבלה בחברה

ברקוד

ריסק Top

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

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)			
שם בעל הפוליסה	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	
טלפון בבית	טלפון נייד	e-mail	
כתובת	מיקוד	פקס	

ב. פרטי המבוטח			
מבוטח ראשי	מבוטח שני		
שם משפחה			
שם פרטי			
מס' זהות/דרכון			
תאריך לידה			
מין מצב משפחתי	מין	זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>
	מין	זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>
	מין	זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>
כתובת: רח'	מס' בית	עיר	מיקוד
		טלפון	
מקצוע			
עיסוק בפועל			

ג. שאלות אודות סיכונים/תחביבים

במידה והמבוטח מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי כלשהו, יש לענות על השאלות הבאות:

1. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)

2. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות איר?

לא כן, מלא שאלון מתאים

לא כן, מלא שאלון טייס

ד. מוטבים							
שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה	מבוטח ראשי במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
100 %							
שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה	מבוטח שני במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
100 %							

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו הירשים החוקיים.

ה. כיסויים ביטוחיים

גובה השכר של מבוטח שני*	גובה השכר של מבוטח ראשי	תקופת ביטוח לכל היותר עד גיל*	ריסק (1) <input type="checkbox"/>
ש"ח _____	ש"ח _____	80	
ש"ח _____	ש"ח _____	80	רצף הכנסה** <input type="checkbox"/>

מה גילו של הילד הצעיר במשפחה? _____

♦ סכומי ביטוח צמודים למדד. * תקופת הביטוח תהיה לפי גיל תום של המבוטח הראשי. * ניתן לרכוש בפוליסה נפרדת ** תקופת קבלת קצבה מרצף הכנסה תחושב עד גיל 25 של הילד הצעיר במשפחה.

1	פרטי המבוטח + תוכניות הביטוח
2	תוכניות הביטוח והצהרת בריאות
3	הצהרות ושאלון החלפה
4	הרשאה לחיוב חשבון/כרטיס אשראי



1. פרטי הפוליסה

תדירות התשלום <input type="checkbox"/> חודשית <input type="checkbox"/> רבע שנתית <input type="checkbox"/> חצי שנתית <input type="checkbox"/> שנתית	אופן התשלום <input type="checkbox"/> הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע) <input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' _____ <input type="checkbox"/> באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב") <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)	תאריך תחילת הביטוח 01 20__
--	--	--

2. שאלון בריאות למבוטחים

מבוטח שני	מבוטח ראשי	הצהרת אי-עישון/עישון
<input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ כמה ביום _____	<input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ כמה ביום _____	יזעו לי שאי הצהרת האמת עלולה לפגוע את מנורה מבוטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. לסמן ✓ במשבצת המתאימה.
<input type="checkbox"/> לא מעשן: האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____	<input type="checkbox"/> לא מעשן: האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הפסקתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט: _____	

יש לסמן בטור המתאים לכל שאלה ולפרט אם סומן "כן"

מחלות / בעיות	מבוטח ראשי		מבוטח שני	
	כן	לא	כן	לא
1. לא לקבע על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהוא שיעור נכות כלשהוא ולא הוגשה מעממי בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור. שאלון פציעה/נכות				
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך חמש השנים האחרונות.				
3. שאלות על מחלות האם יש לך ו/או האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות/הפרעות המפורטות להלן, במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי				
א. מערכת העצבים, נפש, שינה, אפילפסיה ארוע מוחי.				
ב. ריאות ו/או דרכי נשימה.				
ג. ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס.				
ד. לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם.				
ה. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת				
ו. כליות ו/או דרכי השתן.				
ז. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FMF, מטבוליות והורמונאליות אחרות.				
ח. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות (אם כן - פרט)?				
ט. בעיות גניקולוגיות (נשים)				
י. ערמונית, אשכים (לגברים).				
יא. בעיות עור				
יב. עיניים, אזניים, אף, גרון, לוע, סינוסים				
יג. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, רקמת החיבור				
יד. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?				
4. האם הינך נשאי/ית או חולה במחלת האיידס (תסמונת כשל חיסוני)				
5. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו?				
6. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/תבצע)?				
אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט: _____				
תאריך _____	חתימת מועמד ראשי לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת מועמד שני לביטוח <input checked="" type="checkbox"/>		

תוכניות הביטוח והצהרת בריאות	2
הצהרות ושאלון החלפה	3
הרשאה לחיוב חשבון/כרטיס אשראי	4



ח. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס הטבעי שלהם, נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור **למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מנורה מבטחים פנסיה בע"מ ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ**, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאים 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 זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חתימת מבוטח ראשי תאריך _____ שם המועמד _____ מספר זהות _____ חתימה _____

חתימת מבוטח שני תאריך _____ שם המועמד _____ מספר זהות _____ חתימה _____

ט. הצהרת המועמדים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
- 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 במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/מאשרים ומסכים/ים בזה כי קיבלתי או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי ידוע לי/נו שחוזה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח. ממעמד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- 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/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- ו. כל ההצהרות הנוגעות לילד/ינו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ז. אני מסכים ומאשר כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ תהא רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שלי ולהעבירם לחברות קשורות לה ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ (להלן ביחד "קבוצת מנורה") למטרות המנויות להלן. המידע הנמסר על ידי ומידע נוסף אודותי המצוי או שהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי מידע ממוחשבים של הקבוצה עבור שימוש לכל עניין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי ושירותי חברות הקבוצה. לרבות לצורך ניהול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלו על ידי חברות הקבוצה או מי מטעמן ובכפוף להוראות כל דין.
- ח. אני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לעיל וייפנו אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן ו/או שירותיהן באמצעות דואר פזי ובפניות טלפונית על ידי נציגיהן המוסמכים, וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב**.
- ט. בהמשך לאמור בסעיף ז לעיל בנוגע לשמירת הנתונים אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הנני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת תוצאות למוצריהן ו/או שירותיהן, לרבות באמצעות דואר אלקטרוני, פקס/טלפון, מערכת חיגוי אוטומטי ומסרונים (sms) וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב**.

** החתימה על סעיפים אלו איננה מהווה תנאי התקשרותך עם החברה.

תאריך _____ חתימת חותמת המועמד _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת המועמד השני _____

י. מינוי בעל הרישיון כשלוחו של המבוטח

מבוטח נכבד, על-פי סימן ו' לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב בעל הרישיון כשלוחו של המבוטח. על-פי דרישתך בכתב אתה יכול למנות כשלוחך רק אם אתה מעוניין למנותו. אם כן, נבקש ממך לחתום על נוסח הפנייה לחברה.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח _____ חתימת מועמד שני לביטוח _____

יא. הצהרת בעל הרישיון

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעלת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ו לי אישית על-ידי בעל הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.

תאריך _____ שם בעל הרישיון _____ מספר בעל הרישיון _____ חתימת בעל הרישיון _____ חתימת המועמד השני _____

יב. שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסה לביטוח חיים

האם בידך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף? לא - עבור לשאלה 2 כן, נא פרט:
 1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה. האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף:

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
כן	לא	כן	לא

2. האם בידך נספחים (ריידים) בתוקף לפוליסות הביטוח? לא - חתום בסוף השאלון כן, נא פרט:
 כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו:

מבוטח ראשי		מבוטח שני	
כן	לא	כן	לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) ו-(2) שבסעיפים דלעיל, מחייבת למלא מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת בעל הרישיון _____

הצהרת בעל הרישיון:

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף: כן לא תאריך _____ חתימת בעל הרישיון _____

* ברישית כיוסי ריסק ו/או נכות מתאונה ו/או מוות מתאונה, אין צורך במילוי שאלון החלפה.

