

מספר תיק
מספר פוליסה
שם בעל הרישיון
מס' בעל הרישיון
3270

חותמת תאריך קבלה בחברה

טופס הצטרפות מקוצר לביטוחי בריאות

מעודכן לתאריך 02/2013

1. פרטי המועמדים לביטוח

מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין		תאריך לידה	מבה	משקל
				ז	נ			
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
מועמד שני				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
גיל ילד 18	ילד 1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	ילד 2			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	ילד 3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	ילד 4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	מיקוד	מס' טלפון	מס' נייד	מס' פקט		
מועמד ראשי	עיסוק	דוא"ל	מועמד שני	עיסוק	דוא"ל			
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת החולים אליה אתה משתייך?			מועמד ראשי			מועמד שני		
<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתכנית			<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתכנית			<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן, בקופת חולים בתכנית		
תאריך מוצע להתחלת ביטוח			מועמד ראשי			מועמד שני		
			01			2013		

הצהרת אי עישון / עישון		מועמד ראשי	מועמד שני
<input type="radio"/> מעשן: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ כמה ביום _____ <input type="radio"/> לא מעשן: האם עישנת בעבר? _____ לא / כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם ייעצו לך להפסיק לעשן מסיבה רפואית: <input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן פרט: _____		<input type="radio"/> מעשן: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ כמה ביום _____ <input type="radio"/> לא מעשן: האם עישנת בעבר? _____ לא / כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם ייעצו לך להפסיק לעשן מסיבה רפואית: <input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן פרט: _____	<input type="radio"/> מעשן: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ כמה ביום _____ <input type="radio"/> לא מעשן: האם עישנת בעבר? _____ לא / כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="radio"/> סגירות אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם ייעצו לך להפסיק לעשן מסיבה רפואית: <input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן פרט: _____

2. סוג התכנית: **סמן X בתוכנית הרצויה המתאימה למועמד לביטוח המבוקש:**

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	הצעה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Top Basic <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Top Plus <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Top Premium <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	נספח ניתוחים מחליפי ניתוח (ניתן לרכישה על Top Plus)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שרות - אחות מלווה ניתוח (ניתן לרכישה על Top Plus)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	כתב שרות - שרותרים רפואיים נוספים (ניתן לרכישה על Top Basic)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילת כיסויים לילד (ניתן לרכישה על Top Plus או Top Premium)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	פאנל מומחים <input type="radio"/> ליווי פסיכו סוציאלי אבחון מהיר <input type="radio"/> חבילה Top360 ריידר/יסודי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בריאות מושלמת פלוס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	רפואה מונעת <input type="radio"/> רפואה מונעת Top
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלקה ראשונה <input type="radio"/> מחלקה ראשונה Top
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	קן אור Top (אנא ציין את סכום הביטוח)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	קן לחיים (אנא ציין את סכום הביטוח)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילת תמיכה מושלמת כיסודי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. רפואה מונעת 2. קן לחיים (100,000 ₪ פיצוי) 3. החלמה מושלמת (500 ₪ ליום)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חבילת תמיכה מושלמת כריידר
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. קן לחיים (100,000 ₪ פיצוי) 2. החלמה מושלמת (500 ₪ ליום)

אישור המועמד המבקש לרכוש Top Plus

- הכיסוי בגין ניתוחים ע"פ תכנית Top Plus מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגומולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) כולמו, "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן ואת עד לתיקרה הקבועה בפוליסה.
- להחזר תגומלים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויות ע"פ השב"ן וכן לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" למימוש זכויותיו ע"פ הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים ("מהשקל הראשון"), תוכנית אשר תגומולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
- מבוטחים שרכשו תוכנית Top Plus יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא ("מהשקל הראשון") תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

תאריך: / / 2013 חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה: חתימת המועמד השני לביטוח: X

תאונות אישיות TOP - חבילות לבחירת הלקוח (תקרות הפיצוי הינן בש"ח)

פיצוי בעת	חבילה 1	חבילה 2	חבילה 3	חבילה 4	חבילה 5	חבילה 6
מוות מתאונה	50,000	75,000	100,000	200,000	300,000	400,000
נכות מתאונה	50,000	75,000	100,000	200,000	300,000	400,000
שברים מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000
כוויות מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000
סיעוד מתאונה	10,000	15,000	20,000	40,000	60,000	80,000
אשפוז יומי בעקבות תאונה	100	150	200	400	600	800

אנא סמן את החבילה המבוקשת:

פיצוי	חבילה 1 (למועד שני בלבד)	חבילה *2	חבילה *3	חבילה *4	חבילה 5	חבילה 6
מועד ראשי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מועד שני	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* חבילה 2 – ניתנת לרכישה לילדים עד גיל 20 בפוליסת ההורים, חבילות 3,4 – ניתנת לרכישה לילד כמבוטח ראשי

הבטחה לעתיד-סיעודי לבחירת הלקוח

שחרור במקרה של אבוע	תוספת שיקום (יש למלא תקופת המתנה רק במקרה שנוכח הבטחה לעתיד משלים)		הבטחה לעתיד משלים (תקופת פיצוי-לכל החיים)		הבטחה לעתיד (פרמיה קבועה בלבד)		
	תקרת הכיסוי לשיקום	תקופת המתנה	סכום הפיצוי החודשי	תקופת המתנה (בחודשים)	תקופת המתנה	תקופת הפיצוי (בשנים)	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ₪ למבוטח ראשי)
<input type="radio"/>	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח
<input type="radio"/>	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח
	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח
	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח
	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח
	ש"ח	0 חודש 0 חודשיים	ש"ח	60 36 0	0 חודש 0 חודשיים	0 5 0 3 0 כל החיים	ש"ח

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת החולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה התשלום בפוליסת הסיעוד בצמידות לפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים. הפוליסה מאפשרת למבוטח הנמצא במצב סיעודי להמשיך ולקבל את נמלת הסיעוד לאחר חום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (בדרך כלל 3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק תגומולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא סיעודי.
- הואב לדיעתי דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו www.menoramtvt.co.il נמסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישותי.

3. מינוי מוטבים למקרה מוות כתוצאה מניתוח / מוטבים במקרה סיעוד

מועד ראשון	שם מלא	מספר זהות/דרכון/ח.פ.	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלקה
מועד שני						זכר/נקבה	
						זכר/נקבה	

4. שאולן החלפה / שינוי פוליסה (אנא סמן X במקום המתאים)

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסת הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

שאלות	מועד ראשי	מועד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם התשובה היא "כן", חלק מרכישתך פוליסת בריאות חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות רבות ריידים שבתוקף:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/ יסולקו באופן חלקי או מלא/ יסתיימו בכל דרך אחרת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
ב. חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה זו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, בסכומי הביטוח או בדמי הביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

התשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את בעל הרישיון להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: / / 2013 חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה: חתימת המועמד השני לביטוח: X

5. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאסטרופוס הטבעי שלהם, נתון רשות לקופ"ח או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לטניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשטרה, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית למסור ל"מנורה מבטחים", להלן "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 שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהייה לי אילכס כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך: 2013 / / **חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה:** _____ **חתימת המועמד השני לביטוח: X**

6. הצהרה על מצב בריאות של המועמדים לביטוח:

מועמד ראשי	מועמד שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
לכל שאלה סמן ב X ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם										
שם מלא										
מס'										
שאלון כללי										
1 האם הנך סובל ממום מולד כלשהו ו/או האם יש לך נכות כל שהיא או שהנך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן פרט מהו אחוז הנכות ומהי סיבת הנכות) או הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות / אי כושר עבודה?										
2 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, C.T. ביופסיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, או בדיקה מיוחדת אחרת? (אם כן, אנא פרט את סוג הבדיקה ותוצאותיה)										
3 האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב- 5 השנים האחרונות? (אם כן, פרט את סוג הניתוח ומתי בוצע / יתבצע)										
4 האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו? אם כן, פרט _____										
שאלות על מחלות										
מס'										
1 האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי										
2 מחלות במערכת העצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה, אירוע מוחי										
3 ריאות ו/או דרכי נשימה										
4 ספירה או קרישת דם, סחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס										
5 לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם										
6 מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת										
7 כליות ו/או דרכי שתן										
8 סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FMF, הפרעות מטבוליות והורמונאליות אחרות										
9 סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות? אם כן, פרט _____										
10 בעיות גניקולוגיות (לנשים)										
11 ערמונית, אשכים (לגברים)										
12 בעיות עור										
13 עיניים, אוזניים אף, גרון, לוע, סינוסים										
14 גב ועמוד שדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת חיבור										
15 האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה? (ילדים) אם כן, פרט _____										
16 שאלות לרוכש ביטוח סיעודי (בנוסף לשאלון ה"ל) האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום ולשכב, ללכת, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, או הינך משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטר, מקל הליכה, כסא גלגלים, חגורות רפואיות מכל סוג שהוא? האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)										
1 לרוכשים ביטוח תאונות TOP (בלבד) האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתפשט ולהתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות, נעור באמצעי עזר להליכה, סובל מבריחת סידן (אוסטאופורוזיס), דמנציה, אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים?										
1 לרוכשים חבילת תמיכה מושלמת (בלבד) האם הנך חולה ו/או חלית במחלת הסרטן, הומלץ או הנך מצוי בבירור רפואי כלשהו (למעט בירור בנושא הריון, לחץ דם, שומנים בדם, סוכרת או בעיות לבביות), האם יש היסטוריה של מחלות הסרטן בבני משפחה מדרגה ראשונה?										

אם התשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, פרטי/ בטבלה ופנה/י לטווח הביטוח לצורך מילוי שאלון בהתאם.

שם המועמד/ת לביטוח	פרטים על המחלה / הפרעה (מתי ארע המקרה, טיפול, מצב כיום וכו').

תאריך: 2013 / / **חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה:** _____ **חתימת המועמד השני לביטוח: X**

7. הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה כ:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/ או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
- 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 ביני/נו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בה כי קיבולת או דחייתה של הצעתם זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ד. ידוע לי/לנו שחובה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - המהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- ה. הריני/ו מצהיר/ים בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/ מרצוננו ובהסכמתי/נו. ידוע לי/ לנו שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת ביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני/ו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון זאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם) התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן 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 במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ז. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ח. הריני מצהיר כי עיינתי במדריך המוצרים בפרק הרלוונטי.
- ט. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.

י. אני/ו מסכים/ים ומאשר/ים כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ תהא רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שלי ולהעבירם לחברות קשורות לה ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים אחזקות בע"מ (להלן ביחד "קבוצת מנורה") למטרות המנויות להלן.

המידע הנמסר על ידי/נו ומידע נוסף אודותי/נו המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי המידע הממוחשבים של הקבוצה עבור שימוש לכל עניין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי ושירותי חברות הקבוצה, לרבות לצורך ניהול וייעול השרות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלה ע"י חברות הקבוצה או מי מטעמן בכפוף להוראות כל דין.

אני/ו מסכים/ים ומאשר/ים כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהיינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי/נו לעיל וייפנו אליי/נו מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהם או שירותיהם באמצעות דואר פיזי ובפניות טלפוניות על ידי נציגיהם המוסמכים וזאת כל עוד לא נתקבלה הודעה אחרת ממני/ו בכתב. **

בהמשך לאמור לעיל בנוגע לשמירת הנתונים אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הניי/ו מסכים/ים ומאשר/ים כי חברי קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהיינה רשאיות לפנות אליי/נו מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהם ו/או שירותיהם, לרבות באמצעות דואר אלקטרוני, פקסימיליה, מערכת חיוב אוטומטי ומסרונים (SMS), וזאת כל עוד לא נתקבלה הודעה אחרת ממני/ו בכתב. **

**** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות/כם עם החברה.**

תאריך: 2013 / חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: X חתימת המועמד הראשי: X חתימת המועמד שני: X

יא. אני/ו מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי/לנו שרותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים תוך אני/ו מודע/ים לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי/נו, להיחשף לאחרים. אני/ו מבקש/ים כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי/נו את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי/נו כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שיימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח, יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך: 2013 / חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: X חתימת המועמד הראשי: X חתימת המועמד שני: X

8. מינוי בעל הרישיון כשולחו של המועמד לביטוח

על לפי חוק חוזה ביטוח התשמ"א 1981, נחשב בעל הרישיון כשולחו של המבוטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשולחך, חתום על הנוסח שלהלן: **נוסח המינוי** - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981 - אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שליחי לעניין המו"מ לקראת כריתתו של חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך: 2013 / חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: X חתימת המועמד הראשי: X חתימת המועמד שני: X

9. הצהרת בעל הרישיון

- א. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- ב. אני מצהיר בה כי המבוטח O **לא הצטרף** באמצעות הטלפון O **הצטרף** באמצעות הטלפון, והבאתי לידיעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.

תאריך: 2013 / שם בעל הרישיון: מספר בעל הרישיון: חתימת בעל הרישיון: X

10. תשלום באמצעות כרטיס אשראי

<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
<input type="checkbox"/> דייוורס			

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____ טלפון _____

מס' כרטיס אשראי _____ - _____ - _____ - _____ / _____ בתוקף עד _____ / _____ / _____

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 שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: 2013 / חתימת בעל כרטיס אשראי: X