



020200101

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה להמרה בפוליסת ביטוח בריאות קיימת

שמספרה _____

מעודכן לחודש 4/13 ובתוקף עד 31/12/13

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

במקרה של מכירה טלפונית עם הקלטה, נא מלא/י את הפרטים הבאים:

מספר תיק
מספר פוליסה
שם בעל הרישיון
מספר בעל הרישיון

תאריך	שעה	מס' טלפון ממנו התקשרת	שלוחה	מס' טלפון של מקבל השיחה
-------	-----	-----------------------	-------	-------------------------

א פרטי המועמדים לביטוח

משקל	גובה	מין	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	
						מועמד ראשי	בעל הפוליסה
		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					
		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					
גובה ומשקל לילדים מעל גיל 14		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 1
		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 2
		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 3
		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה					ילד 4
		טל'	עיסוק	מועמד שני	טל'	עיסוק	מועמד ראשי

במידה והמועמד לביטוח מבקש לרכוש כיסוי שחרור במקרה א.כ.ע יש לענות על השאלות הבאות:

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

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

ב פרטי הפוליסה

אופן התשלום: הוראת קבע קיימת כרטיס אשראי קיים

תאריך מוצע להתחלת הביטוח: 01 | 20 |

ג שאלון החלפה/שינוי בפוליסה

מועמד ראשי	מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

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:

האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

במקרה והתשובה היא כן, כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות רבות ריידים שבתוקף:

1. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת?

2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה חתימת המועמד השני לביטוח

אפי" 05.13

1 הצעה לביטוח

2 הצהרת בריאות ובחירת הנספחים הרצויים

3 הצהרת המועמד לביטוח



020200301

המועמדים הבאים, והם בלבד, פטורים ממילוי שאלון בריאות במהלך תקופת מבצע ההמרות עד 31/12/13:

TOP PREMIUM	←	מבטחי "בריאות מושלמת Top" מחודש דצמבר 2007 ואילך, ומבטחי "בריאות מושלמת Top" שרכשו שדרוג 2009
TOP PLUS	←	מבטחי "בריאות מושלמת Top לבעלי שב"ן" עם או ללא ברות ביטוח
TOP PREMIUM וחבילת כיסויים לילד	←	מבטחי "כמו גדולים Top" מחודש יוני 2008 ואילך, ומבטחי "כמו גדולים Top" שרכשו שדרוג 2009
TOP BASIC	←	מבטחי "אופק רחב" / "אופק רחב עולמי" מחודש יוני 2008 ואילך, ומבטחי "אופק רחב" שרכשו שדרוג 2009

מועמד ראשי		מס' שאלה	מועמד שני		יילד ראשון	יילד שני	יילד שלישי	יילד רביעי
מועמד ראשון, מועמד שני וילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד. 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			מועמד שני					
שם פרטי			שם פרטי					
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" ו"לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם								
1. מערכת העצבים, אפילפסיה ארוע מוחי			שאלון מחלות עצבים					
2. ריאות ו/או דרכי נשימה			שאלון מחלות דרכי נשימה					
3. ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס			שאלון מחלות דם ומחלות זיהומיות					
4. לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם			שאלון מחלות לב וכלי דם					
5. מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, בלבב			שאלון מחלות דרכי עיכול					
6. כליות ו/או דרכי השתן			שאלון מחלות כליות ודרכי שתן					
7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FFM			שאלון מחלות מטבוליות					
8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות (אם כן - פרט)?								
9. עיניים, אוזניים, אף, גרון, לוע, סינוסים			שאלון מחלות עיניים אוזניים אף					
10. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, רקמת החיבור			שאלון בעיות גב, שאלון מחלות פרקים					
11. בעיות גניקולוגיות (לנשים). ערמונית אשכים (לגברים)			שאלון מחלות נשים/פרוסטטה ואשכים					
12. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת (אם כן - פרט)?								
13. האם בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כלשהי לגילוי מחלה ממארה, מיפוי לב, צינטור, MRI, ביופסיה, אקו לב								
14. האם אתה/בעלת נכות כלשהי או נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות?								
15. האם עברת ניתוח כלשהו? פרט את סוג הניתוח ומתי בוצע								
16. האם אתה/נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה ולאזהר צורך								
17. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה? אם כן, פרט (לילדים)								

הצהרת אי עישון/עישון

<p>מועמד ראשי</p> <p>מעשן: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p>האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____</p>	<p>מועמד שני</p> <p>מעשן: <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמה ביום _____</p> <p>האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</p> <p>האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____</p>	<p>זמל שא הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק, לסמן ✓ במשבצת המתאימה.</p>
--	---	---

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

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

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח חתימת המועמד השני לביטוח

תוכניות ביטוח בריאות - יסודיות (אנא סמן ב-✓ את תוכנית היעד המבוקשת)

שם החבילה	Top Basic	Top Plus	Top Premium
כיסויים בחבילה	השתלות בישראל ובח"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551)	השתלות בישראל ובח"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551) כולל ברות ביטוח (549) שירותים רפואיים נוספים (554)	השתלות בישראל ובח"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551) אחות מלווה ניתוח (556) שירותים רפואיים נוספים (554) טיפולים מחליפי ניתוח (553)
מועמד ראשי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
מועמד שני	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ילד 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



020200301

אישור המועמד המבקש לרכוש תכנית Top Plus

- 1. הכיסי בגין ניתוחים על פי תכנית Top Plus 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.
2. להחזר תגמולים בגין ניתוח ביטוח, 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.
3. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים (מהשקל הראשון), ותוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
4. מבוטח שרכש 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.

חתימת המועמד הראשי / חתימת בעל הפוליסה
חתימת המועמד / השני לביטוח

כיסויים נוספים (אנא סמן ב-✓ את תוכנית היעד המבוקשת)

Table with columns: שחרור מתשלום פרמיה במקרה א.כ.ע., אמבולטורי, רפואה מונעת Top, רפואה מונעת, חבילת Top 360 (לינוי פסיכוסוציאלי, פנאל מומחים, אבחון מהיר), הרחבות עקריות (חבילת *כיסויים לילד, *טיפול ינתוח, שירותים נוספים, אחות מלונות ינתוח), מועמד ראשי, מועמד שני, ילד 1, ילד 2, ילד 3, ילד 4.

* נספחים אלו כרוכים במילוי הצהרת בריאות, למעט אם צוין אחרת בנוהל ההמרות.

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמד/ים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה זה:
א. כל החשבויות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
ב. כל החשבויות 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 כסיס לחוזה הביטוח ביו/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ג. אני/לנו מאשר/ים ומסכים/ים בה זה כי קיבלתי/נו או דחייתו של הצעתי/נו ו/נ נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן, ודעו לי/נו שחובה הביטוח יכנס לתוקף 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, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
ה. אני/מאשר/ים מסכים/ים בה זה כי המידע "מסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או נוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
ו. מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת ניבולת רפואית, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
ז. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של הביטוח.
ח. הריני מצהיר כי עייתי במדריך המוצגים בפרטל הרלוונטי.
ט. כל ההצהרות הנוגעות לילד/יו הקטנים במסמך זה ידעו/ו כאפטרופוסים/ים טבעיים שלהם.

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 מידע נוסף אודותי המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי מידע ממוחשבים של הקבוצה עבור שימוש לכל ענין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי שירותי חברות הקבוצה, לרבות לצורך ייעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלו על ידי חברות הקבוצה או מי מטעמן בכפוף להוראות כל דין.
אני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות לסיפקתי לעיל ויפנו אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן ו/או שירותיהן באמצעות דואר פני ובפניות טלפונית על ידי נציגיהן המוסמכים, וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הדעה אחרת ממני בכתב.
בממשך לאמור לעיל בנוגע למטרות הנמנות אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הנני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן ו/או שירותיהן, לרבות באמצעות דואר אלקטרוני, פקסמילי, מערכת חיג אוטומטי ומסרונים (SMS), וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הדעה אחרת ממני בכתב.
** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

חתימת המועמד הראשי לביטוח / חתימת המועמד הראשי לביטוח
בעל הפוליסה / השני לביטוח

אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.
אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת המידע 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.

חתימת המועמד הראשי לביטוח / חתימת המועמד הראשי לביטוח
בעל הפוליסה / השני לביטוח

הצהרת המועמדים לביטוח לנושא החלפת תוכניות בריאות מקוריות בתוכנית זו

- 1. ידוע לי שתוכנית זו מחליפה תוכנית/ות בריאות אחרות, בהן הייתי מבוטח עד כה (להלן: "תוכנית/ות בריאות מקורית/ות").
2. מוסכם ומצויר בזאת, כי בהתייחס לביטוחים ולכיסויי הביטוח החופפים בכל תוכנית בריאות מקורית רלוונטית, אותה מחליפה תוכנית זו, תאריך תחילת הביטוח הינו תאריך תחילת הביטוח של תוכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, ואילו בנוגע לכיסויים בביטוחים שהוספו ו/או לגבי הרחבה של כיסויים בביטוחים ו/או לרבות הגדלת סכומי הביטוח, תאריך תחילת הביטוח ותחילת הביטוח של תוכנית זו, להסרת ספק יובהר, כי בפרטי הביטוח בהם קבעו סכום שפוי מירבי (כגון תרופות מיוחדות), יחשב תגמולי ביטוח ששולמו במסגרת הכיסי בתוכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, כאילו שולמו לפי תנאי תוכנית זו, וסכום השפוי המירבי ישאר הסכום המבוטח זכאי במשך התקופה מיוחדת, תוכנית זו.
3. מוסכם כי לגבי הכיסויים הבריאותיים, לסכומי הביטוח החופפים כמפורט לעיל, יהיו המבוטחים בתוכנית זו פטורים ממעבר תקופת אכשרה נוספת.
4. אני מסכים כי תנאי החיתום, שנקבעו עבורי בתוכנית/ות הבריאות המקורית/ות (סייגים בשל מצב רפואי קודם ו/או תוספות רפואיות), יחולו על תוכנית זו.
5. אני מבקש כי עם כניסת תוכנית זו לתוקף, תבוטלנה תוכנית/ות הבריאות המקורית/ות, שתוכנית זו באה להחליף.

חתימת המועמד הראשי לביטוח / חתימת המועמד הראשי לביטוח
בעל הפוליסה / השני לביטוח

הצהרת בעל הרישיון

- 1. אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות להן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח.
2. אני מצהיר בה זה כי המבוטח לא הצטרף באמצעות הטלפון, הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בה זה כי הבאתי לידיעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.
3. למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא

שם בעל הרישיון / מספר בעל הרישיון / חתימת בעל הרישיון

הצהרת בעל הרישיון בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית

אני הוסכן / מצהיר בה זה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו _____ מספר זהות _____, ומילאתי בעבורו ובשמו את ההצעה לביטוח, הקראתי לו את כל השאלות, ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

שם בעל הרישיון / מספר בעל הרישיון / חתימת בעל הרישיון