



020200101

**הצעה להמרה ללא הצהרת בריאות  
עבור פוליסת ביטוח בריאות קיימת**

שמספרה \_\_\_\_\_

מעודכן לחודש 4/13 ובתוקף עד 31/12/13

**הצעה זו מיועדת למבוטחים בתוכניות בריאות מעודכנות לפי הפירוט הבא:**

מספר תיק
מספר פוליסה
שם בעל הרישיון
מספר בעל הרישיון

**תוכניות חדשות**

**תוכניות קיימות**

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

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:**

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

**א פרטי המועמדים לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מין	מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	מועמד שני	עד גיל 18	מועמד ראשי	מועמד שני
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>				טל'	טל'
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			1 ילד		
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			2 ילד		
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			3 ילד		
			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			4 ילד		

**ב פרטי הפוליסה**

אופן התשלום:  הוראת קבע קיימת  כרטיס אשראי קיים

תאריך מוצע להתחלת הביטוח: 01 | 20 |

**ג שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - הצהרת המועמדים לביטוח**

1. ידוע לי ואני מאשר, כי פוליסת ביטוח הבריאות התקפה ברשותי לרבות ריידרים תקפים, עשויים להתבטל, כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה.

2. ידוע לי ואני מאשר, כי חלק מרכישתי פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון: בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה.

3. אני מאשר כי קיבלתי מסוכן הביטוח מסמך השוואה המכיל מידע הנוחץ לצורך הערכת התועלות היחסיות של החלפת פוליסות הביטוח שברשותי, אגב בקשתי לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

א"פ" 05.13

\_\_\_\_\_



020200301

\_\_\_\_\_

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

שם התבילה	Top Basic	Top Plus	Top Premium
כיסויים בחבילה	השתלות בישראל ובחול' וטיפולם מיוחדים בחול' (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחול' (551)	השתלות בישראל ובחול' וטיפולם מיוחדים בחול' (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחול' (551) כולל ברות ביטוח (549) שירותים רפואיים נוספים (554)	השתלות בישראל ובחול' וטיפולם מיוחדים בחול' (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחול' (551) ניתוחים בישראל (547) 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"/>

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

מועמד ראשי	חבילת Top 360			הרחבות עיקריות			
	רפואה מונעת רפואה מונעת Top	פסיכוסוציאלי	פאנל מומחים	אבחון מהיר	*חבילת כיסויים לילד	שירותים רפואיים נוספים ניתן להוסיף על Top Basic	אחות מלווה ניתוח ניתן להוסיף על Top Plus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* למבוטחי כמו גדולים Top בלבד.

**הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדי/ים לביטוח**

**אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:**

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות.
- ב. כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/ביננו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלתי או דחיתי/ה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתה הבידוע של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין.
- ד. ידוע 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, מועמד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- ה. הרני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצעה זו נתן מרצוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה, אני/נו מסכים/ים כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת 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 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), שאובחנה במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ז. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ח. הרני מצהיר כי עיינו במדריך המוצרים בפרק הרלוונטי.
- ט. כל ההצהרות הנוגעות לילד/ינו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוסים טבעיים שלהם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח/ \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח

**הצהרת המועמדים לביטוח לנושא החלפת תוכניות בריאות מקוריות בתוכנית זו**

- ידוע לי שתוכנית זו מחליפה תוכנית/ות בריאות אחרות, בהן הייתי מבוטח עד כה (להלן: "תוכנית/ות בריאות מקורית/ות").
- מוסכם ומוצהר בזאת, כי בהתייחס לכיסויים הביטוחיים ולסכומי 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 ביטוחיים שהוספו ו/או לגבי הרחבה של כיסויים ביטוחיים וכ"ב (לרבות הגדלת סכומי הביטוח), תאריך תחילת הביטוח ותחילת הביטוח של תוכנית זו. להסרת ספק יובהר, כי בפרקי הביטוח בהם נקבע סכום שפוי מירבי (כגון תרופות מיוחדות), יחשבו תגמולי ביטוח ששולמו במסגרת הכיסוי בתוכנית הבריאות המקורית הרלוונטית, כאילו שולמו לפי תנאי תוכנית זו, וסכום השיפוי המירבי ישאר הסכום המקסימלי לו יהיה המבוטח זכאי במשך התקופות בתוכנית.
- מוסכם כי לגבי הכיסויים הביטוחיים לסכומי הביטוח החופפים כמפורט לעיל, יהיו המבוטחים בתוכנית זו פטורים ממעבר תקופת אכשרה נוספת.
- 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.
- אני מבקש כי עם כניסת תוכנית זו לתוקף, תבוטל/נה תוכנית/ות הבריאות המקורית/ות, שתוכנית זו באה להחליף.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי לביטוח/ \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח

**הצהרת בעל הרישיון**

- 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 המבוטח  לא הצטרף באמצעות הטלפון  הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי הבאתי לידעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:  כן  לא

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל הרישיון \_\_\_\_\_ מספר בעל הרישיון \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון \_\_\_\_\_

**הצהרת בעל הרישיון בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית**

אני הסוכן \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

(להלן - "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_ 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.

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל הרישיון \_\_\_\_\_ מספר בעל הרישיון \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון \_\_\_\_\_