

מספר תיק
מספר פוליסה
שם בעל הרישיון
מס' בעל הרישיון <b>3270</b>

**טופס הצטרפות מקוצר לביטוחי בריאות**  
מעודכן לחודש 07/2013 ובתוקף עד 31/12/13

1. פרטי המועמדים לביטוח

מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות												מס' טלפון	מס' נייד	מס' פקס	גובה	משקל				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									
מועמד ראשי/ בעל הפוליסה																							
מועמד שני																							
עד גיל 18																							
																							ילד 1
																							ילד 2
																							ילד 3
ילד 4																							
מגורים	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד													מס' טלפון	מס' נייד	מס' פקס				
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		ילדים		תאריך מוצע להתחלת ביטוח															
לא		לא		לא		לא		01   20   13															
כן, בקופת חולים _____ בתכנית _____		כן, בקופת חולים _____ בתכנית _____		כן, בקופת חולים _____ בתכנית _____		כן, בקופת חולים _____ בתכנית _____																	

הצהרת אי עישון / עישון	מועמד ראשי	מועמד שני
ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפגוע את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. נא לסמן X בעיגול המתאים	<p>○ מעשן: ○ סיגריות ○ אחר _____ כמה ביום _____</p> <p>○ לא מעשן: האם עישנת בעבר? לא / כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: ○ סיגריות ○ אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</p> <p>האם ייעצו לך להפסיק לעשן מסיבה רפואית: ○ לא / ○ כן פרט: _____</p>	<p>○ מעשן: ○ סיגריות ○ אחר _____ כמה ביום _____</p> <p>○ לא מעשן: האם עישנת בעבר? לא / כן, התחלתי בשנת _____</p> <p>עישנתי: ○ סיגריות ○ אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____</p> <p>האם ייעצו לך להפסיק לעשן מסיבה רפואית: ○ לא / ○ כן פרט: _____</p>

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

מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
○	○	○	○	○	○	○ Top Basic
○	○	○	○	○	○	○ Top Plus
○	○	○	○	○	○	○ Top Premium
○	○	○	○	○	○	נספח ניתוחים מחליפי ניתוח (ניתן לרכישה על Top Plus)
○	○	○	○	○	○	כתב שרות - אחות מלווה ניתוח (ניתן לרכישה על Top Plus)
○	○	○	○	○	○	כתב שרות - שרותים רפואיים נוספים (ניתן לרכישה על Top Basic)
○	○	○	○	○	○	חבילת כיסויים לילד (ניתן לרכישה על Top Plus או Top Premium)
○	○	○	○	○	○	○ פאנל מומחים ○ ליווי פסיכו סוציאלי ○ אבחון מהיר ○ רופא מלווה בעת אשפוז ○ חבילה + Top360 כרייזר
○	○	○	○	○	○	○ בריאות EXTRA
○	○	○	○	○	○	○ רפואה מונעת ○ רפואה מונעת Top
○	○	○	○	○	○	○ מחלקה ראשונה ○ מחלקה ראשונה Top
○	○	○	○	○	○	○ קרן אור Top (אנא ציין את סכום הביטוח)
○	○	○	○	○	○	○ קרן לחיים (אנא ציין את סכום הביטוח)
○	○	○	○	○	○	○ חבילת תמיכה מושלמת כיסודי 1. רפואה מונעת 2. קרן לחיים (100,000 ₪ פיצוי) 3. החלמה מושלמת (500 ₪ ליום)
○	○	○	○	○	○	○ חבילת תמיכה מושלמת כרייזר 1. קרן 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 תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות 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 לתיקרה הקבועה בפוליסה.
- להחזר תגמולים 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 תגמולי 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: \_\_\_\_\_ 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:

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

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

**הבטחה לעתיד-סיעודי לבחירת הלקוח**

שחרור במקרה של א.ב.ג.	תוספת שיקום (יש למלא תקופת המתנה רק במקרה שנרכש הבטחה לעתיד משלים)		הבטחה לעתיד משלים (תקופת פיצוי-לכל החיים)		הבטחה לעתיד (פרמיה קבועה בלבד)		
	תקופת השיקום	תקופת המתנה	תקופת המתנה (בחודשים)	סכום הפיצוי החודשי	תקופת המתנה	תקופת הפיצוי (בשנים)	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ₪ למבוטח ראשי)
<input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	מועמד ראשי
<input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	מועמד שני
	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	ילד 1
	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	ילד 2
	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	ילד 3
	ש"ח _____	חודש חודשיים	60 36 0	ש"ח _____	חודש חודשיים	5 0 3 0	ילד 4

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" משלמה 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 גמלת הסיעוד לאחר תום תקופת הכיסוי בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים (בדרך כלל 3 או 5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על מנת למנוע ספק תגמולי הביטוח שעל פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 3 או 5 שנים בהם היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא סיעודי.
- הובא לידיעתך דבר קיומו של המדריך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il) ונמסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישתך.

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

מועמד ראשון	שם מלא	מספר זהות/דרו"ח.פ.	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
מועמד שני						זכר/נקבה	

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

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

שאלות	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם יש בידיך פוליסות בריאות בתוקף? אם כן, אנא ציין את שם החברה: _____	<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", כחלק מרכישתך פוליסת בריאות חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:						
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. כחלק 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

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

תאריך: \_\_\_\_\_ 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, כאפוסטרופוס הטבעי שלהם, נותן רשות לקופ"ח או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשטרה, למשרד הבריאות, לשלכת 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 מחלתיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם 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 המוקטנת על פי תכניות הביטוח.  
כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני 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.

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	כן	לא
<p><b>לכל שאלה סמן ב X ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם שם מלא</b></p>											
<b>מס' שאלון כללי</b>											
1 האם הנך סובל ממזם מולד כלשהו ו/או האם יש לך נכות כל שהיא או שהנך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן פרט מהו אחוז הנכות ומתי 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 _____											
<b>שאלות על מחלות</b>											
<b>מס' האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן, במידה והתשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי</b>											
1 מחלות במערכת העצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה, אירוע מוחי											
2 ריאות ו/או דרכי נשימה											
3 ספירה או קרישת דם, טחול, מערכת חיסון, זיהומיות, מין, איידס											
4 לב ו/או כלי דם, יתר לחץ דם											
5 מערכת העיכול - וושט, קיבה, מעיים, כבד, לבלב, פי הטבעת											
6 כליות ו/או דרכי שתן											
7 סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, FMF, הפרעות מטבוליות והורמונאליות אחרות											
8 סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם סופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות? אם כן, פרט _____											
9 בעיות גניקולוגיות (לנשים)											
10 ערמונית, אשכים (לגברים)											
11 בעיות עור											
12 עיניים, אוזניים אף, גרון, לוע, סינוסים											
13 גב ועמוד שדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, מחלות רקמת חיבור											
14 האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה? (ילדים) אם כן, פרט _____											
15 שאלות לרוכש ביטוח סיעודי (בנוסף לשאלון ה"ל") האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום לשכב, ללכת, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, או הינך משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטה, מקל הליכה, כסא גלגלים, חגורת רפואית מכל סוג שהוא?											
16 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, פרט/י בטבלה פונה/י לטווח הביטוח לצורך מילוי שאלון בהתאם.

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

חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח: X \_\_\_\_\_

**7. הצהרת המועמדים לביטוח – אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי :**

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/ או בהצהרת הבריות 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/ביטוח לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחיית של הצעתם זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ד. ידוע לי/לנו שחווה 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 בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני/ מרצונה 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 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) שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- ז. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין 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 הקטינים 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 ויעול 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 ויפינו אליי/נו מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהם או שירותיהן 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 אודותיי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הנני/ו מסכים/ים ומאשר/ים כי חברי קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהיינה רשאיות לפנות אליי/נו מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן ו/או שירותיהן, 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 להתקשרותך/כם עם החברה.

תאריך: \_\_\_\_\_ 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 שאני/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: \_\_\_\_\_ 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, תחום על הנוסח שלהלן: **נוסח המינוי** – לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981 – אני ממנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המו"מ לקראת כריתתו של חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך: \_\_\_\_\_ 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 בזה כי המבוטח O לא הצטרף באמצעות הטלפון O הצטרף באמצעות הטלפון, והבאתי לידיעת המבוטח את ההצעות הרשומות לעיל.

תאריך: \_\_\_\_\_ 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"/> דייןרס			

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 למניפקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למניפקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס האשראי: X \_\_\_\_\_