



020200101

מספר תיק _____
מספר פוליסה _____
שם סוכן _____
מספר סוכן _____
3270

הצעה לרכישת חבילת TOP 360 מעודכן לתאריך 01/2013

ההזמנה להציע הצעות מיועדת לשני המינים אך כתובה בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד

במקרה של מכירה טלפונית, נא מלא/י את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):

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

א פרטי המועמדים לביטוח							
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	עיסוק מועמד ראשי	עיסוק מועמד שני
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	י"לדים	י"לדים
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/>	י"לדים	י"לדים
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>			
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>			
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>			
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>			
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	נייד	
כתובת מגורים							

ב פרטי הפוליסה

אופן התשלום: הוראת קבע קיימת כרטיס אשראי קיים פוליסה מס' _____ תאריך מוצע להתחיל הביטוח _____ 01/20

ג כיוונית לבחירת המבוטח

אנא סמן X במקום המתאים

מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

חבילת Top 360 (אבחון מהיר, פאנל מומחים, ליווי פסיכו-סוציאלי)

ד שאלון החלפה בעת החלפה / שינוי פוליסה לכל שאלה סמן ✓ במקום המתאים

מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם יש בידיך פוליסות בריאות בתוקף? אם כן, אנא ציין את שם החברה: _____

אם התשובה היא "כן", חלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ת לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?
ב. חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה זו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית. בסכומי הביטוח או בפרמיה?
תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימת מועמד ראשי לביטוח: _____ X חתימת מועמד שני לביטוח: _____ X

ה הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה זה 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 לענין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/ביננו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ג. אני מאשר/ים ומסכים/ים בה זה כי קיבלה/י דחייה של הצעתנו/י או נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הד"ן.
ד. הריני מצהיר/ה בה זה כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשרים אליה, אינו מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, ניתוח ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
ה. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת האשרה מועמד תחילת הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.
ו. הריני מצהיר כי עיניתי בגילוי האמת.
ז. כל ההצהרות הנמנעות לילדי/נו הקטנים ומסורות על ידי/נו כאפורופוסים טבעיים שלהם.
ח. אני מסכים ומאשר כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ תהא רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שלי להעבירם לחברות קשורות לה/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ (להלן "יחיד" קבוצת מנורה") למטרות המנויות להלן. המידע המסור על ידי מידע נוסף אודותי המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי מידע ממוחשבים של קבוצה עבור שימוש לכל ענין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי ושירותי חברות הקבוצה, לרבות לצורך ניהול ייעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלו על ידי חברות הקבוצה או מי מטעמן ובכפוף להוראות כל ד"ן.
אני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לעיל ויפנו 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. **
בהמשך לאמור בסעיף לעיל בונה לשמירת התנאים אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הניו 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, פקס/טלפון, SMS, ושאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. **
** הסכמתך על הסעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך לחברה.

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

הצהרת הסוכן

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

תאריך _____ שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן _____ X

הצהרת הסוכן בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית

אני הסוכן _____ מספר זהות _____ מספר זהות _____

מצהיר בה זה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו _____ ומילאתי בעבורו ובשמו את הצעה 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 הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימה _____ X

י. תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס לאומי ויזה ישראל כרטיס אמריקן אקספרס ויזה כאל דינרס

שם בעל הכרטיס האשראי _____

רחוב _____ מספר בית _____ יישוב _____ מיקוד _____

בתיקוף עד _____ מספר זהות _____

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 שפתרנו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____ X



020200101

מספר תיק
מספר פוליסה
שם סוכן
מספר סוכן

חותמת תאריך קבלה בחברה

הצעה לרכישת חבילת TOP 360 מעודכן לתאריך 12/2012

ההזמנה להציע הצעות מיועדת לשני המינים אך כתובה בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד

במקרה של מכירה טלפונית, נא מלא/י את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):

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

פרטי המועמדים לביטוח		שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	גובה ומשקל לילדים מעל גיל 14
מועמד ראשי/ בעל הפוליסה						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	
מועמד שני						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	
ילד 1						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 2						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 3						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 4						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	נייד	

ב פרטי הפוליסה

אופן התשלום: הוראת קבע קיימת כרטיס אשראי קיים

תאריך מוצע להתחלת הביטוח: 01 / 20

ג כיווים לבחירת המבוטח

אנא סמן x במקום המתאים

חבילת Top 360 (אבחון מהיר, פאנל מומחים, ליווי פסיכו-סוציאלי)	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ד שאלון החלפה בעת החלפה / שינוי בפוליסה לכל שאלה סמן ✓ במקום המתאים

האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? אם כן, אנא ציין את שם החברה:

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה/או נספחים לפוליסה זו, האם חולו שינויים מהותיים בתנאי התחומית. בסכומי הביטוח או בפרמיה?

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

חתימת מועמד ראשי לביטוח: X

חתימת מועמד שני לביטוח: X

ה הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמד/ים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בהז' כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות.
- כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שסמך למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לענין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח בני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/מועמדי/ם ומסכמי/ם בהז' כי קיבלה או דחייה של הצעתנו/ו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין.
- הריני מצהיר/ה בהז' כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה.
- אני/מועמדי/ם מסכים/ים כי המידע "מסר לצורך עינו, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה מסועד תחילת הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.
- הריני מצהיר כי עינתי בגילי הנאות.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- אני מסכים ומאשר כי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ תהא רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שלי להעבירם לחברות לשירות לה/ו או לחברות 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 עניין הקשור ונלווה לרכישת מוצרי ושירותי חברות הקבוצה, לרבות לצורך ניהול יעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלו על ידי חברות הקבוצה או מי מטעמן ובכפוף להוראות כל דין.
- אני מסכים ומאשר כי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן, תהינה רשאיות לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לעיל ויפנו אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצריהן/ו או שירותיהן באמצעות דואר פיזי ובפניות טלפונית על ידי נציגיהן המוסמכים, וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. **
- בהמשך לאמור בסעיף ח' לעיל בנוגע לשמירת התנאים אודותי במאגרי המידע של קבוצת מנורה, הגני 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, פקסמיליה, מערכת חיג אוטומטי ומסרונים (sms), ושאלת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. **

** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות לחברה.

חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה: X

חתימת המועמד השני לביטוח: X

תאריך: _____

הצהרת הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שמסר לי אישית ע"י המועמד/ים לביטוח.
- אני מצהיר/ה בהז' כי המבוטח לא הצטרף באמצעות הטלפון הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר/ה בהז' כי הבאתי לידיעת המבוטח את ההצהרות הרשומות לעיל.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא

תאריך: _____ שם הסוכן: _____ מספר הסוכן: _____ חתימת הסוכן: X

הצהרת הסוכן בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית

אני הסוכן: _____ מספר זהות: _____

מצהיר/ה בהז' כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו: _____ מספר זהות: _____

(להלן - "מועמד 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 הסוכן: _____ מספר הסוכן: _____ חתימה: X

1. תשלום באמצעות כרטיס אשראי

בתוקף עד	מספר כרטיס האשראי	סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
		<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דינרס		
מספר זהות		שם בעל כרטיס האשראי			
מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב		

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 שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

חתימת בעל כרטיס האשראי תאריך _____