

הצעה לביטוח סיעודי

מעודכן לחודש 08/2017

טופס 6-25

6400000275

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

(מידע רגיש)

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		20	
<p>המועד המבוקש להתחלת הביטוח יכול להיות מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 בחודש העוקב (אין לרשום תאריך מבוקש הקודם למועד החתימה על טופס הצעה זה).</p>			

במקרה של מכירה טלפונית, אנא מלא את הפרטים הבאים (מכירה טלפונית בהקלטה בהתאם לכללי מנורה מבטחים):
במכירה טלפונית בלבד, הסוכן נדרש לחתום בשם המועמד/ים לביטוח בסעיף ח' + מילוי סעיף הצהרת הסוכן כנדרש.

תאריך	שעה	מספר טלפון ממנו התקשרת:	שלוחה:	מספר טלפון של מקבל השיחה	סוג מכשיר ההקלטה: <input type="checkbox"/> טלרקורדר Nice <input type="checkbox"/> אחר
-------	-----	-------------------------	--------	--------------------------	---

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> אלמן ילדים <input type="radio"/> נשוי גרוש
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> אלמן ילדים <input type="radio"/> נשוי גרוש
עד גיל 18	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			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
<p>רחוב מס' בית יישוב מיקוד מס' טלפון מס' פקס</p>					
<p>כתובת מגורים</p>					
<p>מועמד ראשי דוא"ל עיסוק מס' טלפון נייד</p>					
<p>מועמד שני דוא"ל עיסוק מס' טלפון נייד</p>					
<p>שם קופת חולים שם רופא מטפל</p>					
<p>מועמד ראשי שב"ן (ביטוח משלים)</p>					
<p>מועמד שני</p>					
<p>ילדים</p>					

ב. פרטי הפוליסה ואופן התשלום

פרטי הפוליסה
 פוליסה חדשה

אופן התשלום - חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.

- כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי בהמשך)
 - הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בהמשך)
 - הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו:
- הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

להלן פרטי החשבון: מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____

תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון: X _____

תדירות התשלום: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתית
מועד גביה: 25 לחודש, הוראת קבע 10 לחודש (אלא אם אושר אחרת)

1	הצעה לביטוח
2	בחירת תכניות הביטוח, הצהרת המועמד/ים לביטוח והצהרת הסוכן
3	שאלון בריאות מבוגרים
4	שאלון בריאות ילדים
5	הצהרות הסוכן
6	נספח א'
7	הוראה לחיוב חשבון

ג. תכניות ביטוח סיעודי אנא סמן ✓ את התכנית המבוקשת	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
הבטחה לעתיד						
תקופת פיצוי (בשנים)	5 ○ 3 ○ כל החיים	5 ○ 3 ○ כל החיים	5 ○ 3 ○ כל החיים	5 ○ 3 ○ כל החיים	5 ○ 3 ○ כל החיים	5 ○ 3 ○ כל החיים
תקופת המתנה	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים	○ חודש ○ חודשיים ○ 3 חודשים
סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
הבטחה לעתיד משלים - תקופת פיצוי - כל החיים						
תקופת המתנה (בחודשים)	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○	60 ○ 36 ○
סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 36 או 60 חודשים, משלימה את הכיסוי הביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד באמצעות קופת חולים ונותנת מענה לצורך של המבוטח בביטוח סיעודי לתקופה ארוכה יותר מתקופת 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 (5 שנים) וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי. על-מנת למנוע ספק, תגמולי הביטוח שעל-פי פוליסה זו ישולמו למבוטח לאחר 5 שנים בהן היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא במצב סיעודי.
- הובא לידיעתך דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו www.menoramivt.co.il ונמסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישתך.
- לרוכשים ביטוח "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 30/60 חודשים, יש למלא את נספח א' (הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים).**

ד. הצהרת המועמדים לביטוח - במקרה של מכירה טלפונית, נדרש להקריא את ההצהרה למועמד/ים לביטוח להשיב ולחתום בהתאם.

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמדים לביטוח

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית/יות הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או הצהרת הבריאות 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 בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ידוע לי שקיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- ידוע לי כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה.
- ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם, התשמ"ד - 2004) ידוע לי כי הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, ושירותים הקשורים אליה או מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבטול תכנית הבסיס בפוליסה תבטול גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטינים נמסרו על ידי כאטרופוס טבעי שלהם.

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

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד

אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי וגילוי נאות לגבי הביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותי, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, ערכי הסילוק, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שבתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש והחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם. ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.

יא. אני מאשר כי הסוכן בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תכנית ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאות ההליך.

יב. אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול תכנית ביטוח מקורית עקב מעבר לתכנית ביטוח חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים מקבלת הפוליסה החדשה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

יג. במידה וברשותי פוליסת פיצוי, אשר מבטחת מקרה/ה ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים, לפוליסה אשר בכוונתי לרכוש (להלן - "פוליסה קיימת") ולא ביקשתי לבטלה, אני מאשר בזאת כי הוסבר לי שהצירוף לפוליסה זו הינה בגין פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

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

	מועמד ראשי		מועמד שני	
	כן	לא	כן	לא
טו. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שמוקדות כאמור*.				
טז. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ *				
* החתימה על טעפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.				
תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/המועמד הראשי לביטוח X _____ חתימת המועמד השני לביטוח X _____				

2 בחירת תכניות הביטוח, הצהרת המועמד/ים לביטוח והצהרת הסוכן

3 שאלון בריאות מבוגרים

4 שאלון בריאות ילדים

5 הצהרות הסוכן

6 נספח א'

7 הוראה לחיוב חשבון

שאלון בריאות למועמדים לביטוח

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ משלום. מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, נדרש להמציא בנוסף לשאלון בריאות זה - תעודת רפואית מקופ"ח המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות וכן יידרש לעבור הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת קבלתו לביטוח וכן יידרש לעבור הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת קבלתו לביטוח.

ה. שאלון בריאות מבוגרים

מועמד ראשי	בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	מועמד שני
שם פרטי ומשפחה	שם פרטי ומשפחה	
גובה בס"מ	גובה בס"מ	
משקל בק"ג	משקל בק"ג	
כן	לא	כן
שאלון תחביבים		
	1. האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה?	שאלון תחביבים מתאים
	2. האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה) * אם כן, פרט	שאלון טיס
	3. האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט	
	4. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים/טיפוס)?	
כן	לא	כן
שאלות כלליות על מצב רפואי		
	5. מועמד ראשי - האם הינך מעשן? כן - סגיריות ○ אחר _____ כמות ביום _____ לא - במידה שעישנת בעבר, _____ מועמד שני - האם הינך מעשן? כן - סגיריות ○ אחר _____ כמות ביום _____ לא - במידה שעישנת בעבר, _____	
	6. אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר	שאלון אלכוהול
	7. סמים: האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?	שאלון סמים
	8. מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) (TIA), יתר לחץ דם	פרוט למי וגיל האבחנה
	9. נכות אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	פרטי את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
	10. בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, CT, MRI, ביופסיה, קולונסקופיה?	
	11. אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	
	12. ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	
	13. תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	פרטי את שם התרופה, והסיבה לנטילתה
כן	לא	כן
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:		
	14. מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיטוק. האם פנית להופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	שאלון מערכת העצבים
	15. מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) (TIA), יתר לחץ דם	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
	16. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	שאלון מחלה נפשית
	17. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	שאלון מחלות דם וקרישה
	18. מערכת מוטבולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שמונים/ מולטור/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	שאלון סוכרת שאלון שמונים בדם שאלון בלוטת המגן
	19. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
	20. מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלב, פי הטבעת	שאלון מערכת העיכול
	21. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	שאלון צהבת וכבד
	22. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	שאלון כליות ודרכי שתן
	23. מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	שאלון דרכי נשימה/אסטמה
	24. מחלות ראוטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאונט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת שישית כרונית, סקלרודרמה	שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור
	25. אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטיופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטוארטרוזיס)	שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור
	26. מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאטיס, קרטקנוס	שאלון עיניים
	27. מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	שאלון אף/ אוזן/ גרון
	28. עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	שאלון בעיות עור
	29. מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות	יש לצרף מסמכים רפואיים
	30. לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	שאלון נשים שאלון פרוסטטה ואשכים
	31. האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר?	
	32. האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, לשלול על סוגרים, ניידות או הליכה או הנך משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלה, אנא פרט וצרף מסמכים רלוונטיים	

* פעילות ספורט אתגרית הינה: טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (נפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאיה באוויר, טיסה בכלי טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אוויר, אגרוף, האבקות, וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה או החלקה על שלג.

מועמד ראשי	אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:	מועמד שני	אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
תאריך: _____	שם מועמד ראשי _____	תאריך: _____	שם מועמד שני _____
חתימת מועמד ראשי X		חתימת מועמד שני X	

שאלון בריאות מבוגרים

3

שאלון בריאות ילדים

4

הצהרות הסוכן

5

נספח א'

6

1. שאלון בריאות לילדים

שאלות כלליות על מצב רפואי ילדים עד גיל 18, יש לציין שם כל ילד בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שם פרטי ומשפחה								
גובה בס"מ (מגיל 14)								
משקל בק"ג (מגיל 14)								
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
1. היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנינגיטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?								
2. נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון?								
3. בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: ציטור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו-לב, MRI, CT, ביופסיה, קולונוסקופיה?								
4. אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?								
5. ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?								
6. תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?								
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
7. מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לידיה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?								
8. מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב-5 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאל) בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות								
9. מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה								
10. מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתיירואיד								
11. מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני								
12. מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת								
13. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד								
14. מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן								
15. מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות								
16. מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאווט, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת השישות כרונית, סקלרודרמה								
17. יש לצרף מסמך רפואי								
18. אורטופדיה ומערכת השלד - עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטאוארטרוזיס)								
19. מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס								
20. מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה								
21. עור ומין - לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה								
22. מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות								
23. לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לוסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? באיזה שבוע? לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים								
24. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר ?								
25. האם הנך מקבל או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מגורם אחר?								
26. האם הנך מוגבל בעקבות מחלה או תאונה בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, לשלוט על סוגרים, נידות או הליכה או הנך משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלה, אנא פרט וצרף מסמכים רלוונטיים								

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

חתימת המועמד הראשי לביטוח / בעל הפוליסה X

תאריך:

שאלון בריאות ילדים

4

הצהרות הסוכן

5

נספח א'

6

הוראה לחיוב חשבון

7

ז. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי ולחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתירש 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 ואני משחרר אותכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צויינו, אם צויינו בהצעה זו.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפטרופוס החוקי).

שם מועמד ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X _____

שם מועמד שני: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X _____

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____ מס' רשיון _____ חתימת עד _____

ח. הצהרת הסוכן

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 המועמד לביטוח לא הצטרף באמצעות הטלפון הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו _____

מס' זהות _____ (להלן: "המועמד לביטוח") בשיחה טלפונית שנערכה בתאריך _____ ומילאתי בשמו בעבור את הצעת הביטוח, הקראתי לו את כל השאלון ההצהרות והפרטים המפורטים בהצעה לביטוח זו, וכי כל התשובות והפרטים המפורטים בהצעת ביטוח זו נמסרו לי באופן אישי על ידי המועמד לביטוח ובהסכמתו המלאה.

ג. אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועמד/ים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכי/הם.

ד. בחינת פוליסות/תכניות ביטוח קיימות רלוונטיות: (חובה לסמן ב-✓)

1. האם במסגרת בירור הצרכים הביטוחיים, נמצא שקיימת למועמד לביטוח פוליסה/תכנית ביטוח רלוונטית? לא כן

2. האם המועמד לביטוח ביקש לבטל או להקטין סכום ביטוח בפוליסה/תכנית ביטוח קיימת? לא כן

3. האם המועמד לביטוח מעוניין שבקשת ביטוח הפוליסה/תכנית ביטוח תישלח באמצעות הסוכן? לא כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטוח לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/תכנית ביטוח קיימת.

4. הריני לאשר כי במידה וקיימות למועמד לביטוח פוליסות/תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ועותק מתוצאות הליך ההתאמה נמסר למועמד/ים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח החרגות לכיסוי הביטוחי, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין החרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.

ה. אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו, וכן פרטים אודות תכנית הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.

ו. במידה ולמועמד לביטוח קיימת פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרי/ה ביטוח דומה/ים במנורה מבטחים לפוליסה זו אשר כוונתו לרכוש (להלן – "פוליסה קיימת") והמועמד לביטוח לא ביקש לבטלה, אני מאשר בזאת כי הסברתי למועמד לביטוח שהצירוף לפוליסה זו הינה עבור פוליסה נוספת לפוליסה הקיימת ברשותו וכי יגבו ממנו דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות.

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

נספח א' לרוכשים ביטוח סיעודי הבטחה לעתיד משלים

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי
עם תקופת המתנה בת 36 חודשים 60 חודשים

א. הצהרת מועמד ראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד: _____ חתימה: X _____

ב. הצהרת מועמד שני

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד: _____ חתימה: X _____

ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו.
כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

תאריך: _____ שם המועמד/ים: _____ חתימת המועמד הראשי/שני: X _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-10

6400000275

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01 20	

פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	מספר כרטיס אשראי
מספר זהות מ"ב	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דיינרס	בתוקף עד
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד		

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים 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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד	614



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין.

ב. נהיה רשאים לבטל חיוב מסויים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	קוד מוסד	614

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 6581708

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים _____ ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם _____

בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפינו את ההוראות, ונפעל על-פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחותמת