



020200101

**הצעה לביטוח בריאות,  
סיעוד, מחלות קשות ותאונות,  
מעודכן לחודש 12/2014**

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

מספר תיק  
מספר פוליסה

חומת תאריך קבלה בחברה	תאריך מוצע להתחלת הביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון		
<table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>20</td> </tr> </table>		01	20		
01	20				
לתשומת ליבך, מועד התחלת הביטוח המבוקש יהיה מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 לחודש העוקב.					

**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	מועמד ראשי/ בעל הפוליסה	מועמד שני	עד גיל 18	כתובת מגורים	מועמד ראשי	מועמד שני
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן				רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____	דוא"ל _____ עיסוק* _____	דוא"ל _____ עיסוק* _____
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן				רחוב _____ מס' פקס _____ נייד _____	דוא"ל _____ עיסוק* _____	דוא"ל _____ עיסוק* _____
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה							
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה							
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה							
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת חולים אליה אתה משתייך?											
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת חולים אליה אתה משתייך?											
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת חולים אליה אתה משתייך?											
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת חולים אליה אתה משתייך?											
האם אתה חבר בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) בקופת חולים אליה אתה משתייך?											

**ב שאלון החלפה/שניו בפוליסה**

כן	לא	על מנת לברר אם בכוננתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, ביחס לכל המועמדים לביטוח בהצעה זו, אנא בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנוסף לצורך ניתוח והערכת התועלות החיסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:
		האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף? אם כן, אנא ציין את שם החברה: _____
		במקרה והתשובה היא כן, כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריזידים שבתוקף:
		1. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסיימו 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 בעל הרישיון להמציא עבורך ו/או עבור שאר המועמדים לביטוח מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.
		תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח/ בעל הפוליסה _____ חתימת המועמד השני לביטוח _____
		למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא
		תאריך _____ שם בעל הרישיון: _____ מספר בעל הרישיון: _____ חתימת בעל הרישיון: _____

\*א"פ 03/06/11-14/0011

1	הצעה לביטוח
2	בחירת הכיסויים
3	בחירת הכיסויים
4	שאלון בריאות מבוגרים
5	שאלון בריאות ילדים והצהרת המועמדים לביטוח
6,7	הצהרת בעל הרישיון ואמצעי תשלום



020200101



**תכניות ביטוח בריאות - יסודיות**

שם החבילה	Top Basic	Top Plus	Top Premium	ניתוחים V.I.P
כיסויים בחבילה	השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551)	השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551) ניתוחים בישראל (570) כולל ברות ביטוח (572) שירותים רפואיים נוספים (554)	השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל (550) תרופות מיוחדות (552) ניתוחים בחו"ל (551) ניתוחים בישראל (570) אחות מלווה ניתוח (556) שירותים רפואיים נוספים (554) טיפולים מחליפי ניתוח (553)	ניתוחים בישראל (570) ניתוחים בחו"ל (551) טיפולים מחליפי ניתוח (553)
מועמד ראשי	<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"/>
ילד 1	<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"/>
ילד 3	<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"/>

**אישור המועמד המבקש לרכוש תכנית Top Plus**

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי תכנית **Top Plus** מהווה **ביטוח משלים**, אשר על פי 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.
- להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל**, 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.
- 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.

חתימת המועמד השני לביטוח

חתימת המועמד הראשי לביטוח/בעל הפוליסה

**כיסויים נוספים**

שחרור מתשלום פרמיה במקרה א.כ.ע.	אמבולטורי			חבילת Top 360+	Top 360+				הרחבות עיקריות				
	בריאות Extra	רפואה מונעת Top	רפואה מונעת		רפואה מלווה בעת אשפוז	ליווי פסיכיאטרי	פאנל מומחים	אבחון מהיר	חבילת כיסויים לילד	טיפולים מחליפי ניתוח	שירותים רפואיים נוספים	אחות מלווה ניתוח	
<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"/>	מועמד ראשי
<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"/>	מועמד שני
	<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"/>	ילד 1
	<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"/>	ילד 2
	<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"/>	ילד 3
	<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"/>	ילד 4

החלמה מושלמת	מחלקה* ראשונה Top	מחלקה ראשונה	ק*קן אור Top	ק*קן לחיים	ניתוחים Top		
					מסלול 50% (פיצוי מלא)	מסלול 25% (פיצוי חלקי)	
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מועמד ראשי
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מועמד שני
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 1
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 2
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 3
ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ילד 4

\* נמכר כיסודי וכריידר

2 **בחירת הכיסויים**

3 **בחירת הכיסויים**

4 **שאלון בריאות מבוגרים**

5 **שאלון בריאות ילדים והצהרת המועמדים לביטוח**

6,7 **הצהרת בעל הרישיון ואמצעי תשלום**



020200201

**סיעודית הבטחה לעתיד (פרמיה קבועה בלבד)**

שחרור במקרה של א.כ.ע.	תוספת שיקום		הבטחה לעתיד משלים		הבטחה לעתיד			מועמד ראשי
	תקופת המתנה	סכום הכיסוי	תקופת המתנה	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)	תקופת המתנה	סכום הפיצוי החודשי (מינימום 2,500 ש"ח למועמד ראשי)	תקופת פיצוי (בשנים)	
<input type="radio"/>	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	
<input type="radio"/>	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	
[Hatched Area]	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	ילד 1
	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	ילד 2
	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	ילד 3
	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/>	ש"ח _____	60 <input type="radio"/> 36 <input type="radio"/>	ש"ח _____	חודש <input type="radio"/> חודשיים <input type="radio"/> כל <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> החיים	ילד 4

- פוליסת "סיעודית הבטחה לעתיד משלים", עם תקופת המתנה בת 36 או 60 חודשים, משלמה 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 (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 בהן היה בעל צורך סיעודי וכל עוד הוא נמצא במצב סיעודי.
- הובא לידיעתך דבר קיומו של המדרוך לקונה ביטוח סיעודי, באתר האינטרנט שכתובתו [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il) ומסר לי כי אוכל לקבלו מודפס על פי דרישתי.
- לרוכשים ביטוח "סיעודית הבטחה לעתיד משלים" עם תקופת המתנה בת 36/60 חודשים, יש למלא את נספח א' (הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 36 חודשים או 60 חודשים).

**תוכנית הביטוח** היא סמן את החבילה המבוקשת ב-  
**תוכנית תאונות TOP לבחירה**  
 ניתן לבחור חבילה אחת לכל מועמד

**חבילות תאונות TOP**

חבילה 6	חבילה 5	חבילה 4	חבילה 3	חבילה 2	חבילה 1	סכום הביטוח בש"ח	הכיסוי	חבילה 6	חבילה 5	חבילה 4	חבילה 3	חבילה 2	חבילה 1	מועמד ראשי
400,000	300,000	200,000	100,000	75,000	50,000	400,000	מוות מתאונה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
400,000	300,000	200,000	100,000	75,000	50,000	400,000	נכות מתאונה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
80,000	60,000	40,000	20,000	15,000	10,000	80,000	שברים מתאונה	[Hatched Area]	[Hatched Area]	[Hatched Area]	[Hatched Area]	[Hatched Area]	[Hatched Area]	ילד 1
80,000	60,000	40,000	20,000	15,000	10,000	80,000	כוויות מתאונה							ילד 2
800	600	400	200	150	100	800	פיצוי יומי בגין אשפוז מתאונה							ילד 3
80,000	60,000	40,000	20,000	15,000	10,000	80,000	פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי מתאונה							ילד 4

**הנחיות לרכישת חבילות:**

חבילה 1 - מועמד משני  
 חבילה 2 - מועמד משני, ילד בפוליסת הורים  
 חבילה 3,4 - מועמד ראשי, מועמד משני, ילד  
 חבילה 5,6 - מועמד ראשי, מועמד משני

**פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה**  
 תוספת לפוליסה מס' \_\_\_\_\_

סכום הפיצוי החודשי	תקופת המתנה	תקופת פיצוי*	מועמד ראשי
5,000 ש"ח <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/>	30 ימים <input type="radio"/> 21 ימים <input type="radio"/> 14 ימים <input type="radio"/> 7 ימים <input type="radio"/>	שלוש שנים <input type="radio"/> שנתיים <input type="radio"/> שנה <input type="radio"/>	
5,000 ש"ח <input type="radio"/> 4,000 ש"ח <input type="radio"/>	30 ימים <input type="radio"/> 21 ימים <input type="radio"/> 14 ימים <input type="radio"/> 7 ימים <input type="radio"/>	שלוש שנים <input type="radio"/> שנתיים <input type="radio"/> שנה <input type="radio"/>	

\* אם מקרה הביטוח אירע בעת שגילו של המבוטח היה בין 65 ל-66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנתיים, אם המבוטח רכש תקופת תשלום פיצוי בת שלוש שנים. וכן, אם מקרה הביטוח אירע בעת שגילו של המבוטח היה 66 שנים, לא תעלה תקופת התשלום המירבית על שנה, אם המבוטח רכש תקופת תשלום בת שנתיים או שלוש שנים.

**מינוי מוטבים למקרה מוות (כתוצאה מניחות במסלולי הבריאות או כתוצאה מתאונה בתכנית תאונות Top)**

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה	מועמד ראשי
					<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
					<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
100%							
					<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
					<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
100%							

**3 בחירת הכיסויים**

**4 שאלון בריאות מבוגרים**

**5 שאלון בריאות ילדים והצהרת המועמדים לביטוח**

**6,7 הצהרת בעל הרישיון ואמצעי תשלום**



020200301

**ט הצהרת אי עישון/עישון**

מועמד ראשי	מועמד שני
מעשן: <input type="checkbox"/> סגיריות <input type="checkbox"/> אחר _____ כמה ביום _____ לא מעשן: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סגיריות <input type="checkbox"/> אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____	מעשן: <input type="checkbox"/> סגיריות <input type="checkbox"/> אחר _____ כמה ביום _____ לא מעשן: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, התחלתי בשנת _____ עישנתי: <input type="checkbox"/> סגיריות <input type="checkbox"/> אחר _____ מתי/באיזו שנה הפסקת לעשן? _____ האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן - פרט _____

ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק, לסמן ✓ במשבצת המתאימה.

**י שאלון בריאות מבוגרים**

מועמד ראשי		מועמד שני	
כן	לא	כן	לא
שם פרטי ומשפחה _____ מספר זהות _____		שם פרטי ומשפחה _____ מספר זהות _____	
<b>שאלון כללי</b> מועמד ראשון, מועמד שני			
לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" ו"לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם			
1. האם הינך סובל ממום מולד כלשהו ו/או האם יש לך נכות כל שהיא או הינך מובטל מסיבה בריאותית? (אם כן, פרט מהו אחוז הנכות ומהי סיבת הנכות) או הינך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות/אי כושר עבודה?		שאלון נכות	
2. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, MRI, C.T, ביפוסיה, בדיקות גילולי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת? (אם כן, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות)			
3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב- 5 השנים האחרונות? (אם כן, פרט סוג הניתוח ומתי בוצע/תבצע)			
4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בביחור רפואי כלשהו?			
5. האם נפצעת פעם? (אם כן, פרט מתי, חלק גוף, השלכות למצבך היום).		שאלון פציעה	
6. האם אושפזת ב- 5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בבדיקה פולשנית?			
7. האם אתה צורך/צרכת סמים או שהינך שותה קבוע יותר מכוס אלכוהול אחת ביום?		שאלון סמים ואלכוהול	
8. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות) היו או יש מחלות לב, סוכרת, מקרי סרטן השד, מעי הגס, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, נסיון התאבדות) או מחלה תורשתית אחרת? (אם כן, פרט אצל מי, סוג המחלה וגיל גילוי המחלה)			
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		שאלות על מחלות	
1. מערכת העצבים, הנפש, שינה, 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, לבלב, פי הטבעת		שאלון מחלות דרכי עיכול	
6. כליות ו/או דרכי השתן		שאלון מחלות כליות ודרכי שתן	
7. סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם, F.M.F, מטבוליות והורמונאליות אחרות		שאלון מחלות מטבוליות	
8. סרטן, מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו. האם טופלת בעבר בכימותרפיה או הקרנות? (אם כן, פרט)			
9. בעיות גניקולוגיות (לנשים)		שאלון מחלות נשים	
10. ערמונית, אשכים (לגברים)		שאלון מחלות פרוסטטה ואשכים	
11. בעיות עור		שאלון מחלות עור	
12. עיניים, אוזניים, אף, גרון, לוע, סינוסים		שאלון מחלות עיניים אוזניים אף	
13. גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, רקמת החיבור		שאלון מחלות פרקים	
14. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית ו/או מחלה עליה לא הצהרת? (אם כן, פרט)			
שאלה לרוכש ביטוח סיעודי (בנוסף לשאלון הנ"ל)			
האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום ולשכב, ללכת, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, או הינך משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטר, מקל הליכה, כסא גלגלים, חגורת רפואיות מכל סוג שהוא?			
שאלות לרוכש כיסוי שחרור במקרה א.כ.ע. ו/או סיעוד			
1. האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך או בתחביבך? (כגון: עבודה עם חומרים מסוכנים, טייס, צניחה, רחיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)			
2. האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר?			
שאלה לרוכש ביטוח תאונות Top (בלבד) או פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה			
האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות, נעדר באמצעי עזר להליכה, סובל מבריחת סיני (כגון: אוסטאופורוזיס, אוסטאופתיה), דמנציה, אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים?			
שאלות נוספות למועמדים לתוכנית פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית עקב תאונה			
1. האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור?			
2. האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או האם אתה נמצאת בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?			

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני \_\_\_\_\_

"א"י 03/06/11-14/0011

**שאלון בריאות מבוגרים**

4

**שאלון בריאות ילדים והצהרת המועמדים לביטוח**

5

**הצהרת בעל הרישיון ואמצעי תשלום**

6,7



020200301

שאלון בריאות ילדים

Table with columns for 'ילד ראשון', 'ילד שני', 'ילד שלישי', 'ילד רביעי' and rows of health questions. Includes sections for 'שאלון כללי', 'שאלון נכות', 'שאלון פציעה', 'שאלון סמים', 'שאלות על מחלות', and 'שאלה לרוכש ביטוח סיעודי'.

אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:

תאריך חתימת מועמד ראשי/בעל הפוליסה

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדי/ים לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כ"י: כל התשובות המפורטות בהצעה/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. כל התשובות המפורטות בהצעה/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 בסיס לחוזה הביטוח/ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה חתימת המועמד הראשי לביטוח חתימת המועמד השני לביטוח

Form with checkboxes for agreement and signature lines. Includes text: 'אני מסכים ומאשר כי קבוצת מנורה תהיה רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לה ולפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למצורע/א שירותים ביטוחיים...' and 'אני מסכים כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מידע באמצעות האמטור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים...'.

03/06/11 - 14/00/11



020200301

**יג ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס הטבעי שלהם, 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 ו/או מנורה מבטחים פנסיה בע"מ**, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל 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 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 מחלותי 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 צוינו, אם צוינו בהצעה.

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

**יד מינוי בעל הרישיון כשלוחו של המועמד לביטוח**

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב בעל הרישיון כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי בעל הרישיון הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן:  
**נוסח המינוי -** לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אני ממנה בזה את בעל הרישיון הביטוח ששמו רשום מטה להיזת שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה  חתימת המועמד הראשי לביטוח  חתימת המועמד השני לביטוח

**טו 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:
  - לא הצטרף באמצעות הטלפון.
  - הצטרף באמצעות הטלפון. אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ ומילאתי בעבורו ובשמו את ההצעה לביטוח, 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. למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:  כן  לא

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

**טז פרטי הפוליסה**

- אופן התשלום**
- הוראת קבע בבנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בהמשך)  באמצעות כרטיס אשראי (יש למלא פרטי כרטיס אשראי בהמשך)  באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה מס' \_\_\_\_\_
- תדירות התשלום**
- חודשית  חצי שנתית  רבע שנתית  שנתית



020200301

**יז תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון**

מספר חשבון בנק	סניף	לכבוד בנק	
סוג חשבון		כתובת	
קוד מסלוקה בנק סניף		שם בעלי החשבון המופיע בספר הבנק	1. אני/הח"מ
קוד מוסד	מספר זהות / ח"פ	מכתובת	
614	מספר עיר	מספר רחוב	

מספר חשבון בנק / מספר מזהה של הלקוח בחברה

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נשאים 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 בנין 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 להציאניו 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.

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. אהיה/נהיה רשאים/ם לבעל מראש חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תמסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.  
 ג. אהיה/נהיה רשאים/ם לבעל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_ X

**יח אישור הבנק**

מספר חשבון בנק	סניף	לכבוד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	
סוג חשבון		אלנבי 115, ת"א 65817	
קוד מסלוקה בנק סניף		קיצולנו הוראות מ- _____	
קוד מוסד	מספר זהות / מספר מזהה של הלקוח בחברה	שיופיעו באמצעי מנגטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.	
614	מספר עיר	רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השישי שנחתם על-ידיכם.	

אישור הבנק - חתימה וחזותמת

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

**יט תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

מספר חשבון בנק	סניף	סוג הכרטיס	
סוג חשבון		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	
קוד מסלוקה בנק סניף		שם בעל כרטיס האשראי	
קוד מוסד	מספר זהות	רחוב	
614	מספר עיר	מספר בית	

מספר חשבון בנק / מספר מזהה של הלקוח בחברה

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר תשלומים ובסכומיהם, האילו וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטנו למנפיקה, הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופנק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ X