

טופס 4-27
6400000275
תוספת לפוליסת ביטוח בריאות
(מידע רגיש)
שמספרה _____
מעודכן לחודש 10/2016

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

חוטמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	01 20		
לתשומת ליבך, מועד להתחלת הביטוח המבוקש יהיה מועד חתימתך על ההצעה או ה-1 לחודש העוקב.			

א. פרטי המועמדים לביטוח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מועמד ראשי/ בעל הפוליסה
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש	ילדים
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> גרוש	ילדים
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		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

*** מועמדים מגיל 18 נדרשים במילוי טופס הצהרות נפרד הכולל שאלון בריאות**

כתובת מגורים של המועמד הראשי	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס
מועמד ראשי	דוא"ל		עיסוק		מס' טלפון נייד	
מועמד שני	דוא"ל		עיסוק		מס' טלפון נייד	

שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים)	שם רופא מטפל
מועמד ראשי		
מועמד שני		
ילדים		

ב. אופן תשלום
☐ הוראת קבע קיימת בבנק ☐ באמצעות כרטיס אשראי קיים

ג. תכניות הביטוח	אנא סמן ב-✓ את התכנית המבוקשת	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
קרן אור Top (מחלות קשות) סכום ביטוח מקסימלי 300,000 ש"ח		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
קרן לחיים (פיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן) סכום ביטוח מקסימלי 300,000 ש"ח		ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות מיוחדות		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תרופות בהתאמה אישית (לבעלי כיסוי תרופות במנורה מ-06/08)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
שירותים אמבולטוריים		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
כתבי שירות							
אבחון מהיר		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
רפואה משלימה Top		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smart Dr. (רפואה אישית מקוונת)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ניהול רפואי אישי		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 הצעה לביטוח ובחירת תכניות הביטוח
2 שאלון בריאות
3 הצהרת המועמדים לביטוח והצהרת בעל הרישיון

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. 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.

ד. שאלון בריאות למועמדים לביטוח										בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	
מועמד ראשי	מועמד שני										
		שם פרטי ומשפחה									
		גובה בס"מ									
		משקל בק"ג									
שאלות כלליות על מצב רפואי											
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
<div>מועמד ראשי</div> <div>1. האם אתה מעשן או עישנת בעבר (בשנתיים האחרונות)? אם התשובה חיובית, יש למלא את הפרטים הבאים בסעיף זה ○ מעשן כיום / ○ עישנת, מתי הופסק? _____ כמות ותדירות: סיגריות _____ מקטרת _____ סיגר _____ נרגילה _____</div> <div>מועמד שני</div> <div>האם אתה מעשן או עישנת בעבר (בשנתיים האחרונות)? אם התשובה חיובית, יש למלא את הפרטים הבאים בסעיף זה ○ מעשן כיום / ○ עישנת, מתי הופסק? _____ כמות ותדירות: סיגריות _____ מקטרת _____ סיגר _____ נרגילה _____</div>											
		2. אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל-6 שנים אחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר									
		3. סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?									
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
שאלות כלליות על מצב רפואי											
		4. 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 הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר?									
		5. אשפוזים: האם אושפזת בבית חולים לתקופה ההעולה על ה-48 שעות במהלך ה-24 חודשים האחרונים? (לידה אינה אשפוז)									
		6. ניתוחים: האם ב-24 החודשים האחרונים עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?									
		7. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?									
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:											
		8. מערכת העצבים והמוח - טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיטוק									
		9. לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)									
		10. מחלות דם ובעיות קרישה									
		11. סוכרת (כולל סוכרת הריון)									
		12. שומנים/כולסטרול/טריגליצרידים בדם									
		13. גידולים כולל שפירים, פוליפים, סרטן ומחלות ממאירות									
		14. מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד									
		15. כליות/ דרכי שתן									
		16. מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, גב ועמוד השדרה, מפרקים, עצמות, אוסטאופורוזיס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF) יש לצרף מסמך רפואי									
		17. האם נעדרת מהעבודה מסיבה רפואית או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים ב-12 החודשים האחרונים? מתי ומאיזו סיבה?									
		18. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/ נשא HIV									
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
שאלה נוספת לרוכשים תכנית שירותים אמבולטוריים											
		19. האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD)?									

אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט וציין את שם המועמד:

תאריך: _____ חתימת מועמד X ראשי / בעל הפוליסה X חתימת מועמד שני X

ה. 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 המוצגת (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 משלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- 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 בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ידוע לי שקיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין וחוזר 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 מראשיתו ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים הקשורים אליה.
- הכפוף 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, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מראשיתו ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה. אני 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.
- אני מאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח עבור כל אחת מתכניות הבריאות שבכוונתי לרכוש וכן, הוצגו בפני דמי הביטוח המופחתים עבור מספר תכניות בריאות אשר נרכשות יחד. (להלן: מס' תכניות בריאות בעלות מופחתת), וכן כי דמי הביטוח עשויים להשתנות במועד חידוש הביטוח. כמו כן, הובהר לי שבמידה וארכוש מספר תכניות בריאות בעלות מופחתת, יהיה באפשרותי לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת, והפוליסה תישאר בתוקף כל עוד תיכלל תכנית בסיס אחת לפחות. וכן שבעת ביטול אחת מתכניות הבריאות בפוליסה, תבוטל ההפחתה האמורה בדמי הביטוח בגין מספר תכניות בריאות הנרכשות יחד, ודמי הביטוח יחושבו בהתאם לדמי הביטוח הנהוגים באותה עת עבור תכנית הביטוח שיישאר בתוקף.
- הובהר לי שתכנית ביטוח נוספת ניתנת לרכישה בפוליסה יחד עם תכנית בסיס אחת לפחות, במידה ותבוטל תכנית הבסיס בפוליסה תבוטל גם תכנית הביטוח הנוספת שנרכשה.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילדי הקטנים נמסרו על ידי כאפורופוס טבעי שלהם.

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי 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, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או חחרגות לכיסוי הביטוח לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העקריים, 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.
- אני מאשר כי בעל הרישיון ביר 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.
- 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך: _____					חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה X		חתימת המועמד הראשי לביטוח X		חתימת המועמד השני לביטוח X										
מועמד ראשי		מועמד שני																	
כן	לא	כן	לא																
				יג. אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור 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 שיווקיות כאמור*.															
				יד. אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____*															
										* החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרות עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.									
תאריך: _____					חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה X		חתימת המועמד הראשי לביטוח X		חתימת המועמד השני לביטוח X										

ו. הצהרת בעל הרישיון

- אני מאשר כי שאלתי את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמדים לביטוח.
- אני מצהיר כי ביצעתי הליך התאמה למועמדים לביטוח בהתאם לחוזר צירוף לביטוח 2016-1-7 או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי לו/להם תוכנית ביטוח התואמת/ות את צרכיו/הם.
- ג. 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 ביטול הפוליסה/תכנית ביטוח תישלח באמצעות בעל הרישיון? ☐ לא ☐ כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול 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 למועמדים לביטוח. כמו כן, ככל שייקבעו למועמד לביטוח חחרגות לכיסוי הביטוח, יכלול הליך ההתאמה, בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2016-1-7, גם השוואה בין החחרגות בתכנית הביטוח המוצעת לתכנית הביטוח המקורית.
- ד. 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 תכניות הביטוח ודמי הביטוח בהתאם להוראות חוזר אי תלות בין הכיסויים בביטוח בריאות 2015-1-20.

תאריך: _____ שם בעל הרישיון X מספר בעל הרישיון X חתימת בעל הרישיון X