

כשיש לך הגנה מושלמת, העולם נראה אחרת...



חדש ממנורה מבטחים

Top 360

כל ההגנה שצריך עם חבילת* ייעוץ ואבחון מקיפה

- ❖ אבחון מהיר
- ❖ פאנל מומחים
- ❖ ליווי פסיכו-סוציאלי

לפרטים ומידע נוסף
מוקד שירות לקוחות *2066

WWW.MENORAMIVT.CO.IL



Top 360

חבילת בריאות חדשה המעניקה ללקוח מעטפת הגנות רחבה במצבים רפואיים שונים. החבילה מציעה ליווי מושלם החל משלב האבחון, דרך חוות הדעת הרפואית המלאה ועד שלב התמיכה הנפשית.

אבחון מהיר

כיסוי זה מציע אבחון מלא ומקיף, בזמנות מיידית ותחת קורת גג אחת. אבחון מהיר מאפשר ללקוח לחסוך עיכובים והמתנות מיותרות ולהתחיל את תהליך הטיפול הרפואי באופן היעיל והנכון ביותר עבורו.

פאנל מומחים

הכיסוי מאפשר חוות דעת רפואית נוספת, מולטי-דיסציפלינרית, בעת מחלה או אירוע רפואי קשה. חוות הדעת תינתן לאחר בחינת תיק הלקוח על ידי רופא מומחה בארץ או על פי צורך מחו"ל.

ליווי פסיכו-סוציאלי

שירות זה מאפשר ללקוח המתמודד עם אירוע רפואי קשה לקבל תמיכה וסיוע נפשי באמצעות פגישות אישיות ו/או משפחתיות עם פסיכולוג, עובד סוציאלי ופסיכיאטר.

פרמיות חודשיות בש"ח לאחר הנחה

מבוגר: 26 ₪ ילד (עד גיל 20): 14 ₪

הפרמיות מגלמות הנחה בשיעור קבוע לאורך כל חיי הפוליסה

(הפרמיות צמודות למדד ונכונות למדד 12088 נק')



020200101

תוספת כתבי שירות לפוליסת ביטוח בריאות קיימת

שמספרה
מעודכן לתאריך **09/2012**
ההזמנה להציע הצעות מיועדת לשני המינים
אך כתובה בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד

במקרה של מכירה טלפונית, נא מלא/ 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
מועמד ראשי/ בעל הפוליסה		
מועמד שני		
ילד 1		
ילד 2		
ילד 3		
ילד 4		

ב פרטי הפוליסה

אופן התשלום:

☐ הוראת קבע קיימת

☐ כרטיס אשראי קיים

תאריך מוצע להתחלת הביטוח

01 | 20

ג

כיסויים לבחירת המבוטח אנא סמן x במקום המתאים	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
חבילת Top 360 (אבחון מהיר, פאנל מומחים, ליווי פסיכו-סוציאלי)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
אבחון מהיר	☐	☐	☐	☐	☐	☐
פאנל מומחים	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ליווי פסיכו-סוציאלי	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ רפואה מונעת / ☐ רפואה מונעת טופ	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 יבטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?

ב. כחלק 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 השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

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

ה

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה ומועמדי/ם לביטוח

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה 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 לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. אני/אנחנו ומסכים/ם בזה כי קיבלו/ה או דחייתו של הצעת/נו זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח, בכפוף להוראות הדין.

ד. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העיניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה.

אני/נו מסכים/ם כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבוד 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 אכשרה ממועד תחילת הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.

ו. הריני מצהיר כי עייתי בנלו הנאות.

ז. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.

ח. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעת, ואני מסכים לך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת "מנורה מבטחים החזקות בע"מ" (קבוצת מנורה מבטחים) או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין.

אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.

☐ אני/נו מסכים/ם שישנה שימוש במידע כמפורט לעיל.

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

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ם לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד/ם לביטוח.

אני מצהיר/ה בזה כי המבוטח ☐ לא הצטרף באמצעות הטלפון ☐ הצטרף באמצעות הטלפון, אני מצהיר בזה 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 _____

הצהרת הסוכן בעת מילוי הצעה למכירה טלפונית

אני הסוכן _____ מספר זהות _____

מצהיר בזה כי שוחחתי עם המועמד לביטוח ששמו _____ 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 _____