

א.רוזן סוכנות לביטוח
טל: 03-6735915
פקס: 03-6729025
info@rozen-ins.co.il

הצעה לביטוח מנו מדיק טופ עברית/אנגלית

כריכה זו משמשת
כחוצץ לרישום לנייר כימי
נא להקפיד להשתמש בחוצץ
זה להפרדה.

נא למלא הצעה זו בדיוקנות ובשלמות.
הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו

Insurance proposal for

Meno Medic Top

הצעה לביטוח

1. Particulars of the insurance candidates
(all of the required details must be filled out)

1. פרטי המועמדים לביטוח
(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק _____ ת.ז. של המעסיק _____
כתובת המעסיק: _____

INSURANCE PROPOSAL FORM FOR	<input type="checkbox"/> A foreign person who has been issued an officially approved Israeli work permit <input type="checkbox"/> A tourist <input type="checkbox"/> Unauthorized foreign worker in Israel.
TYPE OF PROPOSAL	<input type="checkbox"/> First policy <input type="checkbox"/> Extension of Policy number _____
I, the undersigned, request that I and members of my family (listed below) will be insured within the Meno - Medic Top	
Insurance Policy, for the period	F/M _____ From: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____ To: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____
Insured's last name	First name Birth date DD/MM/YY Country of citizenship Passport number
Insured's Home address	
street number state(province) city code country phone	
Insured's Address in Israel	
number street city code phone	
Have you ever been covered by health insurance in Israel? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes,	האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,
Insurance Period _____	תקופת הביטוח _____
Reasons for not renewing the insurance _____	הסיבות לאי חידוש הביטוח _____
Do you smoke? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes,	האם אתה מעשן? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

2. הצהרת בריאות (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
it is intended for both sexes) נא לענות על כל השאלות שלהלן.
Please answer all the following questions. For each question place a check mark in the "Yes" or "No" column and, if the finding is positive, write the number of the question and the details in the "Details of positive findings" line. לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט ממצאים חיוביים" את מספר השאלה ואת הפירוט.

General questions	No לא	Yes כן	שאלות כלליות
1. Height _____ meters Weight _____ kgs.			1. גובה- _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. Has there been any change in your weight in the past twelve months (not as a result of a diet)?			2. האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Do you now, or did you in the past, consume alcohol or drugs?			3. האם אתה בעבר/הווה צורך אכהול או צורך סמים?
4. Do you suffer, or did you suffer in the past, from any disease, injury or damage due to an accident? Did you ever undergo surgery? Do you know of the need for invasive tests, hospitalization or any surgery in the future?			4. האם אתה סובל או סבלת בעבר ממחלה כלשהי, פציעה או נזק מתאונה? האם עברת אי פעם ניתוח כלשהו? האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז או בניתוח כלשהו בעתיד?
5. Were you ever hospitalized in a hospital or institution? (Which, when, reason). Attach summaries of illness and updated information.			5. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד? (איזה, מתי, סיבה). צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.
6. Are you undergoing any medical treatment or are you under medical supervision?			6. האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?
7. Do you, or did you, take any medication on a regular or temporary basis?			7. האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?
8. Have you undergone or have you been recommended to undergo any of the following examinations: catheterisation, cardiac scan, echocardiogram, MRI, CT, endoscopy, examinations to reveal cancerous tumours or other special tests (if yes, please state the type of examination).			8. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, C.T., אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה)
9. Do you, or did you, suffer from any congenital defects, hereditary disease or disability?			9. האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?
10. Have you felt any deterioration in your health recently?			10. האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?
11. Are you currently ill with any disease or do you know that you have any health disorder, and did you receive or are you receiving treatment or medications? Please specify, including the dosage and duration of treatment.			11. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם קיבלת או אתה מקבל טיפול או תרופות? פרט כולל מינון ומשך טיפול.
12. Have you ever received a notice from a blood bank following an annual blood donation?			12. האם אי פעם קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?

General questions	No לא	Yes כן	שאלות כלליות
13. Are you handicapped in the performance of any these activities: rising, lying down, undressing, dressing, washing, shaving, eating and drinking, controlling secretion of bodily fluids, walking, functioning and performing household tasks?			13. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, להתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת, לתפקד ולקיים את מטלות משק הבית?
14. Are you entitled or are you receiving a nursing subsidy from the National Insurance Institute?			14. האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי?
15. Have you suffered or are you suffering from the loss of the ability to work on a part-time or full-time basis?			15. האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא?
16. Family history (parents, children, brothers, sisters, uncles, aunts): Have they ever suffered from heart diseases, diabetes, brain stroke, kidney disease, cancer, other severe diseases?			16. תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות?
17. For women only: Do you suffer or have suffered from female illnesses such as irregular menstruation, fertility problems, bleeding and breast cysts, problems in the uterus and ovaries, irregular findings in a gynecological examination (such as PAP smear) or other gynecological disorders? Are you pregnant? How many fetuses? Have you suffered from any problems in previous pregnancies or in the present pregnancy? Have you given birth by a Caesarean Section?			17. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דמומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP או הפרעות גינקולוגיות אחרות)? האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניוח קיסרי?
Questions about diseases Did you ever contract or did you ever suffer from the symptoms of the following diseases	No לא	Yes כן	שאלות על מחלות האם אי פעם חלת במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:
18. Heart and Blood Vessels - A. Heart diseases, chest pains, shortness of breath, rapid heart beats, chest pressure (angina pectoris), myocardial infarction, irregular heart rate, problems with the heart valves, hereditary heart disease, disease of the heart muscle or membrane. B. High blood pressure. C. Blood vessels, leg pain when walking, blood clots, varicose veins, blood cycle disorders, constricted arteries.			18. לב וכלי דם א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם, כאבי רגליים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
19. Nervous System - Dizziness, headaches, fainting spells, paralyzes, seizures (epilepsy), T.I.A., loss of memory, loss of sense, degenerative disease, stroke, cerebrovascular accident (C.V.A), tremors, balance disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, mental fatigue, senility.			19. מערכת עצבים סחרחורת, כאב ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A., הפרעות בזכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשינוי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דימנציה סנילית.
20. Mental Disorders - mental disease, depression, schizophrenia, anxiety, attempted suicide.			20. הפרעות נפשיות מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21. Respiratory Tract - asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, blood sputum, recurring infections of the respiratory tract.			21. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22. Digestive Tract and Liver - ulcer (peptic ulcer or duodenum) heartburn, chronic intestinal infections, bleeding in the digestive tract, hemorrhoids, anus problems, chronic liver disease, jaundice, gallstones, pancreas infection, hepatitis (viral or other).			22. דרכי העיכול והכבד אולרכי (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת).
23. Kidneys and Urinary Tract - kidney stones, kidney infections, deformation in the urinary tract, blood or protein in urine, kidney cysts, defective kidney function, infection of the prostate gland (prostatitis).			23. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24. Endocrinal and Metabolism Diseases - diabetes, thyroid gland, kidney ureter, kidney cysts, cerebral ureter and other glands, high levels or fat in the blood (cholesterol, triglycerides).			24. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).
25. Skin and Sex - syphilis, herpes, skin tumors, moles, blisters and/or sterility problems and/or fertility problems.			25. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרייון.
26. Malignant Diseases (Cancer and AIDS) - malignant or pre-malignant tumor/s or AIDS, including carriers, specify kind, date and nature of treatment _____			26. מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידולים ממאירים או טרם ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול _____
27. Joints and Bones - joint infection (arthritis), rheumatism (galt), back or neck pain, slipped disk, dislocation of shoulder, knee, bones diseases.			27. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.
28. Eyes - catarat, glaucoma, cross-eyes, blindness, retinal diseases, corneal diseases, vision disorders, diopter number.			28. עיניים - קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מסי דיופטר.
29. Nose, Ear and Throat - recurring throat or ear infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome.			29. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
30. Hernias - of the stomach wall, the crotch, surgical scars, in the navel and in the diaphragm.			30. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במשפעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.
31. Other health disorders and/or other diseases not specified above.			31. הפרעות בריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

פירוט ממצאים חיוביים _____

Passport number _____

1. Declaration by the applicants / insurance candidates

I/we, the undersigned, who are insurance candidates, hereby request from the Insurer to insure the insurance candidates in accordance with the content of this form (hereinafter: "the insurance proposal").

I/we hereby declare and agree and undertake that:

- All the answers specified in the proposal and/or in the health declaration are correct and complete, and I did not conceal from the Insurer anything that is liable to affect the insurer's decision to accept the insurance proposal.
- The answers specified in the proposal and any other information in writing to be given to the Insurer by myself, as well as the Insurer's customary terms in this matter, shall serve as the terms of the insurance contract between myself / between us and the Insurer and shall constitute an inseparable part thereof.
- I/we hereby confirm and agree that the acceptance or rejection of my/our proposal is at the sole discretion of the Insurer and he is entitled to decide whether to accept or reject the proposal without providing any explanation whatsoever for his decision subject to legal directives.

I/we know that:

- I/we will not be entitled to health services as specified in the policy if the medical incident, which constitutes an insurance event owing to which I/we will require the health services, stems from a medical condition that predated the date of commencement of the insurance period in accordance with this policy and/or that predated the first date upon which any employer whomsoever, in Israel, arranged medical insurance for me/us (hereinafter: "the first date") and if one of the following applies:
 - I/we confirmed that the insurance event that constitutes the medical problem owing to which I/we require the service stems from a pre-existing medical condition.
 - A physician confirmed, on the basis of the findings presented to him, that the medical problem owing to which I/we require the service stems from a pre-existing medical condition.

If I/we spent time outside Israel, after the first date (hereinafter: "the stay") for a period or periods exceeding 90 consecutive days, or exceeding 120 consecutive days if the stay was during my/our period of employment by the same employer — then the first date shall be perceived as the first date after the stay during which I/we was insured in the framework of medical insurance.
- Notwithstanding the aforesaid in clause 1, above, if three years have passed since the date of 17.10.2001 or since the first date, according to the later of the two, the aforementioned limitations shall not apply with regard to me/us.
- In addition, the limitations pertaining to the provision of service owing to a pre-existing medical condition shall not apply in an instance in which I/we shall require the health services in accordance with the policy owing to a medical state of emergency. In such a case I/we will be provided with these services for a limited period, during the course of which my/our medical condition will be stabilized in order to permit me/us to be sent outside Israel for further treatment and for a period of 30 days thereafter only.

2. Waiver of medical confidentiality

- I/we, the undersigned, hereby release any medical institution, any medical laboratory, any medical committee and all the medical and other employees thereof, from the obligation to maintain medical and other confidentiality vis-à-vis Menorah Insurance Company Ltd. (which shall hereinafter be called "Menorah")
- I/we hereby grant permission to all those listed above — including the medical committees of the National Insurance Institute of Israel, insurers, the Ministry of Health, the District Health Office, the authorities of the IDF, the Ministry of Defense, and any other body or institution whose name is not mentioned in this waiver, and to any insurance company in which I/we was/were insured in the past, or in which I/we are insured at the present time, to provide Menorah or the representatives thereof, together or severally — with all the details, without exception, regarding my/our state of health and regarding any illness from which I/we suffered in the past or that I/we shall suffer in the future, including my/our hospitalization reports and/or my/our medical file and/or list of the physicians that I/we visited and/or the date upon which I/we joined a health fund.

The waiver of medical confidentiality will be utilised insofar as necessary for the clarification of the rights and duties conferred in accordance with this policy and the insurer will not contact the employer to obtain medical information other than in the event of a medical emergency.
- I/we hereby authorize all the insurance companies and/or the other institutions to transfer to Menorah any information and/or document and/or insurance policy that it shall require.
- I/we hereby grant permission to Menorah to transfer any medical or personal or other information to the medical service providers that are associated with Menorah for the provision of the medical services in accordance with the policy.
- I/we hereby declare that I/we shall not have any demand or claim of any kind whatsoever vis-à-vis those mentioned above in connection with the provision of the aforementioned details to Menorah or to the representative thereof — together and severally.
- This application on my/our part is valid in accordance with the Protection of Privacy Law 5741 — 1981 and it applies to any medical and other information located in the databanks of all the institutions, including the health funds and/or the physicians thereof and/or the employees thereof and/or any person who was authorized by them and/or the service providers specified above.
- This waiver is binding on me/us, on my/our estate, on my/our representatives according to law and on anyone who may replace them.

This waiver shall apply to my / our minor children whose names are specified, if any such were specified, in the proposal.

I/we confirm that I/we have read and understood the declarations attached to this waiver, all the declarations of my/our minor children are submitted by me/us as the natural guardian/guardians thereof:

1. הצהרת המבקש/ים / המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את המועמד/ים לביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן: "ההצעה").

אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הנכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי:

- לא אהיה/נהיה זכאי/ים לשירותי בריאות כמפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אודקק/נדקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו הסדיר בעבורי/בעבורנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - אישרתי/אישרנו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אנו נזקק/ים לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - הוא/יאשר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/ו נזקק/ים המבטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.

אם שהיתי/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהייה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהיה שבו הייתי/היינו מבטוח/ים בביטוח רפואי.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יחולו לגבינו המגבלות שצוינו לעיל.
- בנוסף לא יחולו המגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, במקרה בו אהיה/נהיה זקוק/ים לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנתן לי/לנו שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה איוצב/נייצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי/נו להמשך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. ויתור על סודיות רפואית

- אני/ו החתום/ים מטה משהחרי/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן "מנורה").
- הריני/נו נתן/ים בזה רשות לכל המנויים לעיל — כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה — וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי/נו בעבר או שאני/ו מבטוח/ים בהן בהווה, למסור לי/מנורה" או לבאי כוחה — כולם ביחד וכל אחד לחוד — את כל הפרטים, ללא יוצא מכל הכלל, על מצב בריאותי/נו ועל כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר או שאחלה/נחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי/נו ו/או כרטיסי/נו הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי/נו ו/או תאריך הצטרפותי/נו לקופת חולים.
- הויתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה למעסיק לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חרום רפואי.
- הריני/ו מאשר/ים לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר לי/מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- הריני/נו נתן/ים בזה רשות לי/מנורה" להעביר כל מידע רפואי או אישי אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- הריני/ו מצהיר/ים בזה כי לא תהיה לי/לנו כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל לי/מנורה" או לבאי כוחה — כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- בקשתי/נו זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א — 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רפואיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עוזבתי/נו, את באי/נו כוחי/נו על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי/נו.

כתב ויתור זה יחול על ילדי/ינו הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסמכים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמשרות על ידי/נו כאופוסטרופוס/ים טבעיים שלהם. ולראיה באתי/נו על החתום:

First and last name	Passport no.	Signature	Date

אני בעל הפוליסה _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____ ,
 או בא כוחו של בעל הפוליסה, _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____ ,
 מרח' _____ מס' _____ עיר _____ , מתחייב בזה לשלם את
 הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 מס' הסוכן: _____ אריק 1717 _____ מס' הסוכן: _____ 971132