

**טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הסגל המנהלי והטכני אוניברסיטת בן גוריון
ובני משפחתם בהתאם לתנאי הפוליסה**

תאריך תחילת העסקת העובד _____

(1) פרטי מועמד ראשי/ת (עובד/ת)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד		כתובת דוא"ל חובה למלא		
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד: חובה למלא	מס' פקס:	גובה:	משקל:

(2) פרטי מועמד משני (בן/בת זוג)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד - <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המועמד הראשי אחר _____		כתובת דוא"ל חובה למלא		
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד: חובה למלא	מס' פקס:	גובה:	משקל:

(3) פרטי מועמד משני (ילד בוגר – מעל גיל 26)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד - <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המועמד הראשי אחר _____		כתובת דוא"ל חובה למלא		
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד: חובה למלא	מס' פקס:	גובה:	משקל:

(4) פרטי מועמד משני (ילד בוגר – מעל גיל 26)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
			זכר/נקבה	
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד - <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המועמד הראשי אחר _____		כתובת דוא"ל חובה למלא		
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד: חובה למלא	מס' פקס:	גובה:	משקל:

5. פרטי מועמדים נוספים (ילד מתחת לגיל 26):

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	שם לידה	תאריך לידה	מי	כתובת	דוא"ל	טלפון נייד	גובה	משקל
ילד 1 עד גיל 26						זכר/ נקבה					
ילד 2 עד גיל 26						זכר/ נקבה					
ילד 3 עד גיל 26						זכר/ נקבה					
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		כתובת הסניף					
בן/ת זוג											
ילדים											

*ילד עד גיל 26 כלומר 25 כולל
*גובה ומשקל יש למלא לילד מעל גיל 14.

אופן משלוח דיווחים למבוטח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - **מסמכי הדיווח**) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד. לחלופין ככל שהנך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות _____ באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב-2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.menoramivt.co.il> יובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

***פירוט הכיסויים הנכללים (דמי הביטוח - כמפורט בגילוי הנאות המצורף)**

תכנית הביטוח - השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שלא כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – השתתפות עצמית 3000 ₪, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים אמבולטוריים.

(5) למבקשים להצטרף לניתוחים משלים שב"

לידיעתך, הכיסוי המורחב לניתוחים פרטיים בארץ הינו ביטוח לבעלי שב"ן **המהווה ביטוח משלים**, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). **להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל** על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויות ע"פ השב"ן וכן לפנות למנורה מבטחים בע"מ למימוש זכויותיו ע"פ הפוליסה.
דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח המשולמים בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. **מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברות ביטוח** ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות לסוכן הביטוח ו/או למבטחת ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

(6) ניתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל, ומשרד הביטחון למסור ל"מנורה" חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת או אחלה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם 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 "המבקשת" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

מועמד - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד: _____

מועמד - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד: _____

מועמד - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____

מועמד - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד: _____

ילדים - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____

7) הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- אני מצהיר/ה בזה 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 אני מסכים כי המידע ימסר 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.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- הכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 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 ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
- ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
- קבלת מידע מהותי -** הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח וכי נמסר לי טרם חתימתי על טופס זה, מידע מהותי לגבי הביטוח, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסויים בביטוח, גובה דמי הביטוח, האם דמי הביטוח קבועים/משתנים, וכי תיתכן תוספת לדמי הביטוח או החרגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____ *

חתימת ילד (מעל גיל 18) _____ *

אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך יעול 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.**

אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____**

** החתימה על סעיפים אלו אינה מהווה תנאי להתקשרותך עם מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____

חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

הצהרת בעל הרישיון:

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח
- אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח ובררתי את צרכיו בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו

תאריך: _____ *מספר רישיון: _____ *חתימת בעל הרישיון: _____

*תכנית הביטוח נמצאת בהליכי אישור סופיים מול הפיקוח. ככל שיהיו שינויים בנוסח, המבטחת תעדכן בהתאם

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ * ת.ד. 972 רמת גן 6100802 ☎ 03-7107770 📠 03-7107788 📞 *2000

8) התחייבות כספית

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת ומאשר/ת בזאת לנכות ממשכורתי עבורי את שווי המס בגין חבילת הכיסויים ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות הביטוח, מדי חודש בחודשו, למשך כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מוארכת ככל שתהיה ובכפוף לתנאי הפוליסה.

	X									
תאריך	חתימה	תעודת זהות							שם העובד/ת	

