

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לבני משפחה של גמלאי הסגל המנהלי והטכני אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחתם (ילדים, כלות וחתנים ונכדים בלבד) בהתאם לתנאי הפוליסה

מועד פרישה לגמלאות _____

(1) פרטי מועמד ראשית (גמלאית)

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:	מס' פקס:	גובה:	משקל:

(2) 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:	מס' פקס:	גובה:	משקל:

(3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	דוא"ל	טלפון נייד
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 /בת 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 - השתלות 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.

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

4) 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. מבטחים 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 26): _____

5) יותר 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 מחלותיי 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 26): _____

שאלון בריאות

								שאלון תחביבים		מועמד ראשי		מועמד שני									
ילד* 4				ילד* 3				ילד* 2				ילד* 1									
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		

ילדים מעל גיל 18 - יש למלא את השאלות לעיל



מועמד שני - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד שני: _____

מועמד שני - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד שני: _____

מועמד ראשי- אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____

מועמד ראשי- אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____

ילדים- אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____

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

- א. 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.
 - ב. אני/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
 - ג. 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 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.
 - ד. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
 - ה. בכפוף 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.
 - ו. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
 - ז. ידוע לי שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ח. **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 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, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיוקיות 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 26): _____

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 הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח ובררת את צרכי 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

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

חומת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
	20 01		

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	בתוקף עד	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דינרס			מס' מיקוד
מספר כרטיס אשראי			

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בבובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק – למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
			514
לכבוד בנק _____ סניף _____			קוד מוסד
			אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/ה'ל בסופכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעגלי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מנני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין. ב. נחה רשאים לבטל חיוב מסויים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזכיו יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לנו כי סכומי החיוב על פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מנני/מאתנו.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת
על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ,
על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספתיה.

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
			514
לכבוד: _____			קוד מוסד
			אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה

קיבלנו הוראת מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגני או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; 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 ימנע מהתחייבותיכם כלפיו, לפי כתב השישי שהחתם על ידיכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחומתת

11/15 א"ת"