

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

מועד תחילת העסקה \_\_\_\_\_

(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:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(5) 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:		
	חובה למלא			

(6) 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



**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.

### **7) למבקשים להצטרף לניתוחים משלים שב"ן**

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): \_\_\_\_\_

### **8) ויתור 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 מרופאים ו/או כלל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם 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 18): \_\_\_\_\_

### **9) 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/מאשרי/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 אודותיי, 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.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- 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 במועד 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.

### **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 הביטוח 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 מסכימ/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותיי 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 אודותיי, 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:

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 תכניות הביטוח המופיעות בהצעה זו וכן הדגשתי בפניו את המידע המהותי לגבי הביטוח ובררתי 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

#### 10) 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.

שם העובד/ת	תעודת זהות	חתימה	X	תאריך

