

**טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לפורש/ת לגמלאות כעובד הסגל המנהלי והטכני אוניברסיטת  
בן גוריון ובני משפחתם בהתאם לתנאי הפוליסה – מבטחים קיימים בפוליסה בלבד**

**מועד פרישה לגמלאות**

**(1) פרטי מועמד ראשי/ת (הפורש/ת לגמלאות)**

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/נכד 1 עד גיל 26								
ילד/נכד 2 עד גיל 26								
ילד/נכד 3 עד גיל 26								
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 בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ \***חתימת המועמד הראשי:** \_\_\_\_\_ \***חתימת בן/בת זוג:** \_\_\_\_\_

**חתימת ילד בוגר (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 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 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 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**



מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



**הוראה לחיוב חשבון**

**סופס 2-11**

6400000275

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

**פרטי כרטיס אשראי**

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כרטיס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה קאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/>	מספר כרטיס אשראי	שם בעל כרטיס אשראי
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	מספר כרטיס אשראי	מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי

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

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

**הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח**

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק

לכבוד בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

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

**אם יישלחו 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. א/ו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

נותר/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבון/נו הנ"ל בספיקה, בין ביטוחי חיים, בסכמים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע ל/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפי/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין. ב. נודה 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, הדיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

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

4. ידוע ל/נו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/נו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בין 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/ל מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע ל/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

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

**אישור הבנק**

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציעו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבון/נום בבנק יזיהה 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/נו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפיהם, לפי כתב השיפוי שחתם עליהם.

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_