

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי סגל אקדמי בכיר באוניברסיטת ת"א ובני משפחותיהם
בהתאם לתנאי הפוליסה
ללא הצהרת בריאות

תאריך מילוי הטופס: ____/____/____

(1) פרטי מועמד/ת ראשית (החברה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	כתובת דוא"ל
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
התוכנית המבוקשת (סמן את התוכנית המבוקשת)				
☐ מסלול ניתוחים בארץ "מהשקל הראשון"		☐ מסלול ניתוחים בארץ משלים שב"ן		

(2) פרטי מועמד משני (בן/בת זוג)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד:				
☐ זהה לכתובת המועמד הראשי				
☐ אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:	סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:		
☐ כללית	☐ לאומית	☐ מאוחדת	☐ מכבי	
התכנית המבוקשת (זהה למסלול הניתוחים שבחר המועמד הראשי)				
☐ מסלול ניתוחים בארץ "שקל ראשון"		☐ מסלול ניתוחים בארץ "משלים שב"ן		

(3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופ"ח	סניף	מסלול כיסוי נבחר*
ילד 1 עד גיל 21								☐ שקל ראשון ☐ משלים שב"ן
ילד 2 עד גיל 21								☐ שקל ראשון ☐ משלים שב"ן
ילד 3 עד גיל 21								☐ שקל ראשון ☐ משלים שב"ן
ילד בוגר מעל גיל 21								☐ שקל ראשון ☐ משלים שב"ן

תכנית הביטוח		
קבוצת גיל	מסלול מהשקל הראשון	מסלול משלים שב"ן
ילד (עד גיל 21)*	29.9	26.2
21-35	112.2	100.9
36-50	144.6	133.4
51-68	306.6	276.7
+69	454.9	410.0

- ילד עד גיל 21 – ילד שלישי ואילך חינם.
- **המדד היסודי:** המדד אשר פורסם ביום 15/01/2024 שערכו 13749 נק'.
- בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים, בני זוגם וילדיהם עד גיל 21.
- ילדים מעל גיל 21 ובני משפחתם – גבייה באמצעות הוראת קבע אישית. גמלאים ובני משפחתם – גבייה באמצעות הוראת קבע אישית.
- מבטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.
- דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

(5) 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. **מבטחים שרכשו תוכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברוט 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: _____

(6) 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 מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי אליהם 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: _____

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

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה זו הן נכונות ומלאות וידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 - ב. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
 - ג. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
 - ד. **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.**
 - ה. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
 - ו. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ז. **קבלת מידע מהותי -**
- הריני לאשר כי עיינתי בגילוי הנאות 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 האכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

8) מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפיננסיים שלך ובכל העניינים הקשורים לאלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיוור ישיר) אלא אם ביקשת אחרת לעניין זה מקום שהדין מאפשר זאת. המידע עשוי לעבור לספקים ולצדדים שלישיים לצורך מימוש המטרות לעיל ובכפוף להוראות הדין. ברוב המקרים אין חובה חוקית למסור את המידע אך בלעדיו לא נוכל לספק לך את השירות/המוצר המבוקש. לפרטים על זכויותיך לעיון ותיקון מידע אישי ולדרכי פנייה לממונה על הגנת הפרטיות, מצורף קישור למדיניות הפרטיות <https://www.menoramivt.co.il/general/privacy-policy>

- ☐ מוסכם עלי לקבל דברי פרסום ממנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp, וגם שמידע רלוונטי אודותי יועבר לחברות אחרות בקבוצת מנורה מבטחים* לשם קבלת דברי פרסום והצעות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, כולל אלו המותאמות לי אישית, לרבות ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp.
- * לרבות שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.אר.אן ישראל בע"מ וחברות אחרות בקבוצה.
- אי סימון "V" אין משמעו סירוב לקבלת דברי פרסום אם כבר הסכמת לקבלן בעבר ובמקרה כזה העדפותיך לגבי דברי פרסום שרשומות אצלנו יישמרו. ניתן לשנות את העדפות אלו בכל עת ב- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>
- ☐ אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת המייל שמסרתי.

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

*חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

*חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

*חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____ *חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18): _____

אופן משלוח דיווחים ומסמכים-דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____

כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____

כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____ כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____

(ככל שהכתובת זוהי הדיווח ישלח במרוכז)

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד האמצעים המפורטים מטה.

באפשרותך לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות בטלפון מס' 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il>

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תוכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.

אגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 2000* או באמצעות דוא"ל har.bit@menora.co.il לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

9) 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: _____

10) התחייבות כספית

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת ומאשר/ת בזאת לנכות ממשכורת/י עבורי ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות הביטוח ו/או גילום שווי מס ההטבה שניתנת ע"י המעסיק, מדי חודש בחודשו, למשך כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מארכת ככל שתהיה ובכפוף לתנאי הפוליסה

תאריך	שם החברה	תעודת זהות	חתימת החברה