

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לגמלאי סגל אקדמי בכיר אוניברסיטת ת"א
ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה

(1) פרטי מועמד ראשי/ת (הגמלאי/ת)

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

4) פירוט פרמיות בכל אחד מהמסלולים החל מ-1.4.2024:

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.
- מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.
- דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.
- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן "מדד הבסיס").

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. **מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברוח ביטוח** ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות לסוכן הביטוח ו/או למבטח 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 מרופאיכם 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 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: _____

שאלון בריאות

*מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, נדרש להמציא בנוסף לשאלון בריאות זה – תעודה רפואית מקופ"ח המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות.

מועמד ראשי				מועמד שני				שאלון תחביבים							
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		
														האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בצידה ?	
														האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית ? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה מבטחים) אם כן, פרט	
														האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט	
														האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך : עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (למשל בעבודה בפיגומים או בטיפוס)?	
														שאלות כלליות על מצב רפואי	
														עישון: עישון כיום? ○ כן כמות ותדירות: סיגריות _____ מקטרת _____ 	

לנשים - בעיות גניקולוגיות ושדיים? האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____ לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים								
האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD)?								

מועמד ראשי - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: _____	מועמד שני - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימת מועמד שני: _____
ילד מעל גיל 18 - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ תאריך: _____ חתימת מועמד: _____	ילד מעל גיל 18 - 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/נו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחיית ההצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוסטרופוס/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 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 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 לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תאריך: _____ ***חתימת המועמד הראשי לביטוח:** _____ *** חתימת ילד בוגר** _____

8 מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפנסיוניים שלך ובכל העניינים הקשורים לאלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיור 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 לפוליטה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לסלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לסלפון הנייד, יציין מטה את הכתובת למשלוח הדיווחים:

כתובת מועמד ראשי _____
 כתובת ילד 1 (מגיל 18) _____
 כתובת ילד 2 (מגיל 18) _____
 כתובת ילד 3 (מגיל 18) _____
 כתובת ילד 4 (מגיל 18) _____
 (ככל שהכתובת זהה 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 צרכי בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו

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

טופס אמצעי תשלום

אופן תשלום- בהתאם לבחירת המועמד לביטוח- הוראת קבע בבנק/ באמצעות כרטיס אשראי
 תדירות תשלום- חודשית

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

☐ לאומי ויזה	☐ ויזה כאל	☐ ישראל	☐ אמריקן אקספרס
☐ דינרס	☐	☐	☐

שם _____ בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____ טלפון _____

מס' כרטיס אשראי _____ - _____ - _____ - _____ בתוקף עד _____

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

תאריך: _____ חתימת בעל כרטיס האשראי: X _____

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 11-2

6400000275

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

כרטיס כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	☐ לאומי ויזה ☐ ישראכרט ☐ ויזה אל ☐ דינרס	שם בעל כרטיס אשראי מספר כרטיס אשראי
בתוקף עד מספר חשבון	מספר זהות כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	

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

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

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

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



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 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/אנחנו _____ שם בעל/ה החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- נחתם/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/ה ליל בספיקה, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיוצגו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע עליו/י: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממו/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. נהיה 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, הידוע ייעשה בערך יום מתן ההודעה לביטול.
- ידוע עליו/י כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שיעל/ו להסדיר עם המוטב.
- ידוע עליו/י כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מפעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מעי/מאתנו.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על פי תנאי הפוליסה/ת ותוספותיה.

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

אישור הבנק

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

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

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

רשמנו לכפנינו את ההוראות, ונפעל על פי/ן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מפעה 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 יפגע בהתחייבותכם כלפינו, לפי כתב השישי שנחתם על ידיכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך _____ **בנק** _____ **סניף** _____

11/15 א"פ"