

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/ת (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)				
<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ "מהשקל הראשון"		<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המועמד הראשי <input type="checkbox"/> אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:	סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי	<input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			
התכנית המבוקשת (זהה למסלול הניתוחים שבחר המועמד הראשי)				
<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ "שקל ראשון"		<input type="checkbox"/> 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					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד 2 עד גיל 21					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד 3 עד גיל 21					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן
ילד בוגר מעל גיל 21					זכר/נקבה			<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן



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

- 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 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 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 זכויות 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: _____

6) יתור 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 מחלותי 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: _____

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

- 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.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- המידע נמסר מרצוני ובתוספת להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים ולשם קבלת הצעות והטבות ביחד למוצריהן, זאת באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*.) כדי ללמוד עוד על פרטיך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית, ניתן לפנות בכל עת ל- <https://menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוסים טבעיים שלהם.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן 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 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 אכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

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

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): _____

אני מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרת. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <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 _____ **.

** 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): _____ *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 זהה הדיווח ישלח במרוכז)

במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הנך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, 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 במרכז 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.

8) 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/ת 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: _____

9) 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 מוארכת ככל שתהיה ובכפוף לתנאי הפוליסה

תאריך	שם החברה	תעודת זהות	חתימת החברה

