טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי או חברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם בהתאם לתנאי הפוליסה

כולל הצהרת בריאות

טופס זה מיועד ל:

- ❑ **עובדים או חברים מעל גיל 55 (כולל) ו/או עובדים או חברים המבקשים להצטרף לרובד הרחבה לאחר 90 יום ממועד תחילת תכנית ביטוח זו ו/או לאחר 90 יום ממועד זכאות החבר ו/או העובד לצירוף, המאוחר מבין השניים.**
- ❑ **בני משפחה או חברים מעל גיל 55 (כולל) ו/או עובדים או חברים המבקשים להצטרף לרובד הרחבה לאחר 90 יום ממועד תחילת תכנית ביטוח זו ו/או לאחר 90 יום ממועד זכאות החבר ו/או העובד לצירוף, המאוחר מבין השניים.**
- ❑ **בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור) המצטרפים לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה במהלך 120 יום מיום הצטרפותם למשפחה.**
- ❑ **תינוק שנולד/ילד שאומץ המצטרף לרובד בסיס ו/או רובד בסיס והרחבה במהלך 120 יום מיום לידתו/מיום אימוצו, לפי העניין.**

תאריך מילוי הטופס: _____/____/____

1) **פרטי מועמד/ת ראשי/ת (עובד/ת או חבר/ה)**

שם משפחה	שם פרטי	מס׳ זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר		מיקוד
מס׳ טלפון נייד:	מס׳ טלפון נייח:		כתובת דוא"ל:	
קופת החולים:	סניף:		שם הרופא המטפל וכתובתו:	
❑ כללית ❑ מכבי	❑ לאומית ❑ מאוחדת			

☒ **רובד בסיס - במימון המעסיק עבור עובד/ת או חבר/ה זכאי/ת**

אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול אחד מפרק ד׳):

- ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן (פרק ד׳1)**
- ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד׳2)**
- ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד׳3)**

❑ **אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה׳2)**

- **להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות**

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			

❑ **רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת**

אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול <u>אחד</u> מפרק ד'): ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן (פרק ד'1)** ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד'2)** ❑ **ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד'3)**
❑ **אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה'1+ ה'2)**
• **להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות**

3) **<u>פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – ילדים</u>**

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף *ניתן לבחור מספר הרחבות
ילד/ה 1 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑**<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד
ילד/ה 2 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑**<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד
ילד/ה 3 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑**<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד

פרטים נוספים:	**שם קופת החולים**	**סניף**	**כתובת הסניף**
ילדים			

- **ילד שלישי ואילך חינם**

4) **<u>פרטי מועמדים נוספים לביטוח – ילד/ה בוגר/ת</u>**

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 ❑ מכבי ❑ מאוחדת		

❑ **רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת**

אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול <u>אחד</u> מפרק ד׳):
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב״ן (פרק ד׳1)**
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב״ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד׳2)**
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד׳3)**

❑ **אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה׳1+ ה׳2)**

- **להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות**

5) **<u>פרטי מועמד משני (חתן/כלה)</u>**

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 ❑ מכבי ❑ מאוחדת		

❑ **רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת**

אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה ניתוחים בארץ במסלול (יש לבחור מסלול <u>אחד</u> מפרק ד׳):
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב״ן (פרק ד׳1)**
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול משלים שב״ן כולל ה.ע 5,000 ₪ (פרק ד׳2)**
❑ **ניתוחים בארץ – מסלול מהשקל הראשון (פרק ד׳3)**

❑ **אני מבקש/ת להצטרף לרובד ההרחבה כיסויים אמבולטוריים (פרק ה׳1+ ה׳2)**

- **להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות**

6) **<u>פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – נכדים</u>**

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	אני מבקש להצטרף *ניתן לבחור מספר הרחבות
נכד/ה 1 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑ רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑ **<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד
נכד/ה 2 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑ רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑ **<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד
נכד/ה 3 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	❑ רובד בסיס **<u>רובד הרחבה- ניתוחים בארץ</u>** **יש לסמן מסלול אחד** ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ❑ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע ❑ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ❑ **<u>רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים</u>** **<u>רובד הרחבה- מחלות קשות</u>** בטופס נפרד

פרטים נוספים:	**שם קופת החולים**	**סניף**	**כתובת הסניף**
נכדים			

- **נכד שלישי בכל בית אב חינם**

<u>פירוט הכיסויים הנכללים (דמי הביטוח - כמפורט בגילוי הנאות המצורף)</u>

<u>רובד בסיס</u>: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל.

לחבר/ה זכאי/ת: שירותים אמבולטוריים בסיסיים, יחידה אחת של מחלות קשות לחבר/ה זכאים עד גיל 47 בלבד.

<u>רובד הרחבה</u>: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/משלים שב"ן/משלים שב"ן עם 5,000 ₪ ה.ע), שירותים אמבולטוריים, פיצוי מחלות קשות.

<u>להלן פירוט הפרמיה החודשית לתכנית הביטוח:</u>

רובד הבסיס עבור חברי הר"י - פרמיה חודשית בש"ח	
0-60	במימון הר"י
61-66	במימון הר"י
+67	במימון הר"י

רובד הבסיס עבור בני משפחה - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת	
0-20	23 ₪
21-40	39 ₪
41-50	54 ₪
51-60	98 ₪
61-66	139 ₪
+67	181 ₪

<u>רובד הרחבה</u>

רובד הרחבה ניתוחים בארץ - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת (לבחירה מסלול אחד מבין המסלולים)			
קבוצת גיל	**מסלול שקל ראשון**	**מסלול משלים שב"ן**	**מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪**
0-20	26 ₪	13 ₪	10 ₪
21-25	50 ₪	25 ₪	19 ₪
26-30	50 ₪	25 ₪	19 ₪
31-35	87 ₪	44 ₪	34 ₪
36-40	87 ₪	44 ₪	34 ₪
41-45	121 ₪	61 ₪	47 ₪
46-50	121 ₪	61 ₪	47 ₪
51-55	192 ₪	97 ₪	75 ₪
56-60	228 ₪	119 ₪	92 ₪
61-65	329 ₪	174 ₪	135 ₪
+66	492 ₪	271 ₪	210 ₪

רובד הרחבה אמבולטורי - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת		
קבוצת גיל	אמבולטורי מלא לחברים שאינם זכאים ולבני משפחה פרק ה'1 + ה'2	תוספת אמבולטורי לחברים זכאים פרק ה'2
0-20	18 ₪	13 ₪
21-25	36 ₪	31 ₪
26-30	36 ₪	31 ₪
31-35	36 ₪	31 ₪
36-40	36 ₪	31 ₪
41-45	36 ₪	31 ₪
46-50	36 ₪	31 ₪
51-55	37 ₪	32 ₪
56-60	39 ₪	34 ₪
61-65	42 ₪	37 ₪
+66	125 ₪	120 ₪

רובד הרחבה מחלות קשות - פרמיה חודשית בש"ח עבור כל יחידה בעלות של 50,000 ₪ בגבייה אישית בכפוף למילוי הצהרת בריאות	
קבוצת גיל	מחלות קשות
0-20	4 ₪
21-25	5 ₪
26-30	7 ₪
31-35	10 ₪
36-40	17 ₪
41-45	31 ₪
46-50	50 ₪
51-55	83 ₪
56-60	127 ₪
61-65	192 ₪
+66	294 ₪

- **רבדי ההרחבה הינם בכפוף לקיום רובד הבסיס כמפורט לעיל**
- **מדד יסודי** - המדד אשר יפורסם ביום 15.09.2025
- **ילד עד גיל 20 כולל.**
- **ילד שלישי ואילך חינם. נכד שלישי ואילך חינם בכל בית אב.**

שאלון בריאות

	מבוטח ראשי		בן/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14 **גובה:**												
משקל:												
שאלון תחביבים-למילוי מעל גיל 18	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ששכר בגינה ?												
האם אתה עוסק בפעילות ספורט אתגרית ? (בהתאם לפעילויות המפורטות מטה*) אם כן, פרט												
האם אתה בעל רישיון טייס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט												
האם יש סיכון מיוחד בעיסוקך כגון : עבודה עם חומרים מסוכנים, עבודה בגובה מעל 15 מטר (עבודה בפיגומים /בטיפוס)?												
שאלות כלליות על מצב רפואי- למילוי כלל המועמדים												
עישון: האם הינך מעשן? ○ כן- ○ סיגריות ○ אחר____ כמות ביום_____ ○ לא- במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? ○ כן ○ לא												
אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר (בהתייחס ל 6 שנים האחרונות) יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר												
סמים: האם הינך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר (למעט שימוש חד פעמי)?												
היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרובייך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה												
נכות/ אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית ? האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא/ת ב-אי כושר עבודה כעת?												
בדיקות אבחנתיות: האם ב-3 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינתור כלי דם וצנתור כליות, מיפוי לב/עצמות/כליות, אקו- לב, CT, MRI, ביופסיה, קולונוסקופיה? פרט/י את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע												
אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית ? (לידה אינה אשפוז)												
ניתוחים: האם ב-5 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?												
תרופות: האם בשנה האחרונה אתה נוטל תרופות ו/או הומלך לך ליטול תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית ? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה												
מערכת העצבים והמוח- לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?												
מערכת הלב וכלי הדם- לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי לרבות אירוע איסכמי (מוחי) חולף (TIA), יתר לחץ דם ב- 5 השנים אחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)												
בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות												
מערכת דם- לרבות מחלות דם ובעיות קרישה												
מערכת מוטובולית- לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד												
מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרום סרטני. יש לצרף דוחות ופתולוגיה												
מערכת העיכול- לרבות קיבה, מעיים, קרוהן ,קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת												
מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד												
מערכת כליות/ דרכי שתן- לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן												
מערכת ריאות ודרכי נשימה – לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD(מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקות ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות												
מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה. **יש לצרף מסמך רפואי**												
אורטופדיה ומערכת השלד- עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטואופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)												
מערכת עיניים וראיה- לרבות בעיות הקשורות לעיניים ליקוי ראיה מעל מספר העדשות- רק למקרים מעל מספר 8 בעדשות,, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס												
מערכת אף און גרון- לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה												
עור ומין- לרבות מחלות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה												
מחלות מין ואיידס/ נשא HIV ומחלות זיהומיות שאובחנו בשנה האחרונה ודורשות טיפול רציף של חודשיים לפחות, יש לצרף מסמכים רפואיים												
לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת?_____ באיזה שבוע_____? **לגברים:** בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים												
לילדים: האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר ?												

*פעילות ספורט אתגרית הינה- טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאייה באוויר, טיסה בכל טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אויר, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, צייד, גלישה אט החלקה על שלג.

מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ __ **תאריך:**_____ **חתימה:**_____	**מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:** _____ _____ __ **תאריך:**_____ **חתימה:**_____
מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____ _____ __ **תאריך:**_____ **חתימה:**_____	**מועמד/ת - אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:** _____ _____ __ **תאריך:**_____ **חתימה:**_____

7) 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 מסניפיכם 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):** _____ ***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):**_____

8) 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 הקטינים 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 במועמד 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 שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.

ז. **קבלת מידע מהותי –**

הריני לאשר כי עיינתי בגילוי הנאות של תכניות 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 הביטוחי 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.

9) 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 אודותיי 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/markerting-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 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, עלייך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 2000*מ 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

"רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם או לחלופין, בפוליסה קבוצתית, הבגיר בזכותו צורף הקטין לפוליסה יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל".

10) **<u>הצהרת בעל הרישיון:</u>**

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 וברורתי את צרכיו בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו.

*** יש למלא רק אם מולא על ידי סוכן ביטוח או בעל רישיון.**

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

11) **<u>התחייבות כספית:</u>**

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											X	
תעודת זהות											חתימה	תאריך

את הטופס המלא יש להשיב אל תיבת המייל hari@menoramivt.co.il

12)**אמצעי תשלום אישי**

מנורה מבטחים

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מספר פוליסה

הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ☐ לאומי ויזה ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ ויזה כאל ☐ דיינרס ☐ _____

בתוקף עד

מספר כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי

מספר זהות ס"ב

כתובת: רחוב | מס' | מיקוד | יישוב

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 שתפרטו למנפיקה. 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 דירקט וכרטיסים נטענים.

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

מנורה מבטחים

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 - _____

בנק	קוד מסלקה סניף	סוג חשבון	מספר חשבון בנק

קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
514	

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. אני/ו הח"מ _____ (שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק) _____ (מספר זהות/ח"פ) מכתובת _____ (רחוב, מספר, עיר, מיקוד)

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונ/ו הנ"ל בסניפכם, בניו ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. יחזו לי/נו כי:
   א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/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, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
3. יחזו לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.
4. יחזו לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בנין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
6. הבנק רשאי להוציאנ/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על-כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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

תאריך _____ **חתימת בעלי החשבון** _____

אישור הבנק

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונ/נם בבנק יהיה 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 לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שנתתם על-ידכם.

בנק	קוד מסלקה סניף	סוג חשבון	מספר חשבון בנק

קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה
514	

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

אישור הבנק - חתימה וחותמת

"אפי" 11/15