



טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מטריקס ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה – ללא הצהרת בריאות

הנני מבקש/ת בזה ממנורה חברה לביטוח בע"מ להמשיך את תכנית הביטוח הקבוצתי לעובדי מטריקס בחברת "מנורה" ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

טופס זה מיועד ל:

- ☐ מבוסחים קיימים (עובדי קבלן ובני משפחותיהם) המעוניינים להמשיך את הביטוח הקבוצתי ולהצטרף בתקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה של עובדי קבלן קיימים או עובדי קבלן חדשים (בני/ות זוג וילדים) שמעוניינים להצטרף לביטוח בתקופת "מבצע ההצטרפות".
☐ בני משפחה חדשים של עובדי קבלן (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור, לידה/אימוץ) המצטרפים לתכנית הביטוח במהלך 180 יום מיום הצטרפותם למשפחה.
☐ עובדי קבלן חדשים רשאים להצטרף לרובד המורחב ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם

תאריך מילוי הטופס: ____/____/____ תאריך תחילת העסקה: ____/____/____

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעי גביה אישיים.
טופס שיחתם עד ה-15 לחודש – הצירוף והתשלום יהא החל מה-1 לאותו החודש. טופס שיחתם לאחר ה-15 לחודש – הצירוף יהא ממועד מילוי הטופס, אולם תשלום הפרמיה יהיה מה-1 לחודש העוקב.

1) עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך תחילת עבודה	חתימה	תאריך
------------	------	-------------------	-------	-------

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: ☐ כן ☐ לא

א. פרטי המועמדים לביטוח											
שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות		ס"ב		תאריך לידה		מין	
עובד/ת קבלן										זכר ☐ נקבה ☐	
בן/בת זוג										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 1										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 2										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 3										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 4										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 5										זכר ☐ נקבה ☐	
ילד 6										זכר ☐ נקבה ☐	

עובד/ת קבלן		עיסוק		שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם רופא מטפל	
בן/בת זוג									
ילדים									
כתובת מגורים*		מבוסח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18			
		רחוב		מספר בית		כתובת זהה למבוסח ראשי ☐		כתובת זהה למבוסח ראשי ☐	
						רחוב		רחוב	
		מיקוד		מיקוד		מיקוד		מיקוד	
חובה מגיל 18		מספר טלפון נייד		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*			
		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית			
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		עובד/ת		@					
		בן/בת זוג		@					
		ילד בוגר (מעל גיל 18)		@					

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☒ במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן (לא ניתן לרכוש הרחבה מסלול שקל ראשון או שב"ן ללא רכישת רובד בסיס)								
תיאור	עובד/ת קבלן	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6
רובד בסיס	מבוטח במימון מעסיק							
רובד הרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון								
רובד הרחבה במסלול ניתוחים לבעלי שב"ן (משלים שב"ן)								

2) 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- <http://www.menoramivt.co.il> 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.

להלן העלויות החודשיות של פוליסת הבריאות:

רובד בסיס: השתלוח, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית, התייעצות עם רופאים מומחים, בדיקות אבחנתיות.

רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (שקל/משלים שב"ן), טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים, חוות דעת נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל, רפואה משלימה, פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח ברשימה, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, עזרה ראשונה ברפואת שיניים.

מבוטח	בסיס	מורחב מסלול מ"השקל הראשון"	מורחב מסלול משלים שב"ן
עובד	במימון מטריקס	192.43 ₪	183.88 ₪
בן זוג/ ילד בוגר מעל גיל 30	38.49 ₪	192.43 ₪	183.88 ₪
ילד עד גיל 30	17.11 ₪	48.46 ₪	47.04 ₪

- המדד יסודי בגין הפרמיה - המדד שפורסם ביום 15.9.2025 וערכו 14654 נקודות.
- המדד היסודי בגין סכומי הביטוח- המדד שפורסם ביום 15.10.2022 וערכו 13231 נקודות.
- ילד עד גיל 30 (כולל)
- התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד לשני ילדים, ומהילד השלישי ואילך חינם. (לא חל על נכדי העובדים)

3) 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) ועד תקרת ההסדר עם ספקי השירות של החברה. **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 תכנית זו** נמוכים מדמי הביטוח המשולמים בגין תכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. **מבוטחים שרכשו תכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברוט ביטוח** ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות 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):** _____ ***חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):** _____

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

4) יותר 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהייה 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 מפיח כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי 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):** _____

5) 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/מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה 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 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 לכיסויי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

6) מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבונות במוצרים הפנסיוניים והפנינסיים 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 פניה 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/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 לקבל 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):** _____

7) הצהרת בעל הרישיון:

- אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- אני מצהיר בזה כי הצגתי בפני המועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית 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:** _____

"רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים 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 לחילופין, בפוליסה קבוצתית, הבגיר בזכותו צורף הקטין לפוליסה יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לידעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של הקטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל".

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

סופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	לאומי ויזה	ישראכרס	אמריקן אקספרס	דינרס
מספר כרטיס אשראי				
שם בעל כרטיס אשראי				
כתובת: יישוב	רחוב	מס'	מיקוד	

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב 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 שיופק וישא 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 דינקס וכרטיסים נטענים.

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	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 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.

- אני/הח"מ _____ שם בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זיהוי/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
נוותנים לכם בה הוראה לחייב את החשבון/נו הליל בספריכם, בגין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפורטת 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 ניתנת לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ידוע לי/נו כי הפרטים שצויים בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/נו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/נו 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/נו מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשרר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מנטי/מאתנו.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

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

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבון/נום 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 מפעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוציא/נו בעל/ החשבון מן ההסדר.
אישור זה לא יפגע בהתחייבותכם כלפיהם, לפי כתב השימי שנחתם על ידיכם.

אישור הבנק - חתימת וחותמת

תאריך בנק סניף