



טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מטריקס ובני משפחתם
בהתאם לתנאי הפוליסה - כולל הצהרת בריאות

הגני מבקש/ת בזה ממנורה חברה לביטוח בע"מ להרחיב את תכנית הביטוח הקבוצתי לעובדי מטריקס ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) לרובד הבסיס או ההרחבה עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

טופס זה מיועד ל:

- ☐ מבטחים קיימים (עובדים ובני משפחותיהם) המבטחים ברובד הבסיס – ומעוניינים להרחיב את הביטוח לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות"
- ☐ בני משפחה של עובדים קיימים או עובדים חדשים (בני/ות זוג וילדים) שמעוניינים להצטרף לביטוח לאחר תקופת "מבצע ההצטרפות".
- ☐ בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין/ידועים בציבור, לידה/אימוץ) המצטרפים לתכנית הביטוח לאחר 180 יום מיום הצטרפותם למשפחה.
- ☐ עובדים חדשים רשאים להצטרף לרובד המורחב לאחר 120 הימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם.

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

לידיעתך: דמי הביטוח החודשיים עבורך לרובד הבסיס ישולמו על ידי המעסיק כולל שווי המס.
דמי הביטוח החודשיים עבור רובד ההרחבה עבור בני משפחתך ישולמו על ידך באמצעות תלוש השכר.
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									
עובד/ת	ס"ב	מספר זהות				שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
									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	עיסוק	שם קופת חולים		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל
בן/בת זוג					
ילדים					
כתובת מגורים*	מבטח ראשי (עובד/ת)		בן/בת זוג		ילדים מעל גיל 18
			כתובת זהה למבטח ראשי ☐		כתובת זהה למבטח ראשי ☐
	רחוב	מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב
	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	מיקוד
חובה מגיל 18	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*	מספר טלפון נייד*
	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	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	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)								

שאלון בריאות

עובד/ת		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6	
יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14															
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב, סרטן? האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? האם אושפדת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות? האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות? האם את/מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד? האם הינך זקוק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות? האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?															
מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:							
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____							
מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:							
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____							
מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:							
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____							
מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:								מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:							
תאריך: _____ חתימה: _____								תאריך: _____ חתימה: _____							

(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- _____ 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 השרות 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 תיתכן להם ברות 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) 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 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 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:

- 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/אנחנו מסכים/ים בזה כי קיבלתי או דחייתי של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- ג. כל ההצהרות הנוגעות לילד/ינו 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 מקרה 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. ריני 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 -**
- ח. ריני 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 ובחשבוניות 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 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): _____

7) 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/ה 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: _____

"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. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לפנות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של הקטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל".

8) התחייבות כספית למצטרפים לרובד הרחבה

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	תעודת זהות	חתימה	תאריך
		X	