

**טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וחברי הסתדרות הרופאים בישראל ובני משפחתם**  
**בהתאם לתנאי הפוליסה**  
**ללא הצהרת בריאות**

טופס זה מיועד לכל אחד מהילדים הבוגרים (מעל גיל 25) של חברי/ות ו/או עובדי/ות הר"י, ו/או אלמנ/נה של חברי/ות ו/או עובדי הר"י שביקשו להצטרף לביטוח ב"חלון הזדמנויות" שיקבע מעת לעת על ידי המבטח, ו/או בהמשכיות, ו/או על פי תנאי הפוליסה המזכים הצטרפות ללא הצהרת בריאות.

תאריך מילוי הטופס: / /

(1) פרטי מבטח ראשי זכאי (חברה/ו/או עובד/ת):

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון נייד:	מס' טלפון נייד:	כתובת דוא"ל:		

(2) פרטי מועמד משני (ילד בוגר-מעל גיל 25, אלמנ/ה של חברי/ות ו/או עובדי/ות הר"י):

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
<b>כתובת המועמד:</b> <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המבוטח הראשי <input type="checkbox"/> אחר				
רחוב:	מספר:	עיר:	מיקוד:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	כתובת דוא"ל:		
<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת להצטרף לפוליסת הבסיס				



3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – בני משפחה של ילדי בוגרים (מעל גיל 25) ו/או של אלמנים/ות של חברי/ות הר"י ו/או של עובדי/ות הר"י:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	דוא"ל	טלפון נייד
בן/ת זוג					זכר/נקבה		
ילד מתחת גיל 25					זכר/נקבה		
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/נקבה		
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/נקבה		
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/נקבה		
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/נקבה		
ילד/ה מתחת גיל 25					זכר/נקבה		

**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-2000\* 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.

**אני מעוניין/ת שמסמכי הדיווח ישלחו אלי:**

- באמצעים דיגיטליים (דוא"ל/מסרון)  
 לכתובת המגורים (באמצעות דואר ישראל)



**תכנית הביטוח:**

פוליסת בסיס:	
דמי ביטוח חודשיים בש"ח	קבוצת גיל
24 ₪ למשפחה*	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 25
45 ₪ למשפחה*	גמלאי/ הר"י אלמן/אלמנה של חבר ו/או ג'מלאי הר"י

\*שני בני זוג (לרבות ידועה/בציבור) וכל הילדים עד גיל 25.

\* יובהר כי המחיר לגמלאית/הר"י ובני משפחתו/ה זהה. וכן המחיר לאלמנה/ה או לאלמנה/ה ובני משפחתו/ה זהה.

\* המדד היסודי: המדד שפורסם ביום 15.05.2021

**מבלי לפגוע בכלליות האמור, הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 4 בפוליסה לתוקף או במועד סיום חברותו של המבוטח הראשי אצל בעל הפוליסה ו/או במועד סיום העסקתו של המבוטח הראשי (למעט פרישה לגמלאות) אצל בעל הפוליסה או בפטירתו חו"ח של המבוטח, לפי המוקדם מביניהם ובכפוף לשאר תנאי הפוליסה. על המבוטח חלה חובה להודיע למבטח על שינוי כאמור בסעיף זה, בתוך 60 יום מהשינוי האמור.**

**5. 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 שתירשע 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 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 מיפה כוחה של "המבקשת" לאסוף כל מידע שייראה בעינייה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ \*חתימת המועמד: \_\_\_\_\_ \*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): \_\_\_\_\_

**6. 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/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 מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, 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 פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- ככפוף 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 ממש 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 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 חריגות לכיסוי הביטוחי לפי החיתום שיתבצע על ידי החברה, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת האשרה והמתנה ככל שיש, חריגות לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.

תאריך: \_\_\_\_\_ \*חתימת המועמד 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 שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים ומשלוח 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 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) \_\_\_\_\_  
 כתובת ילד 5 (מגיל 18) \_\_\_\_\_ כתובת ילד 6 (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>.

\* 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](mailto:har.bit@menora.co.il) **לידיעתך**: אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.



מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



**הוראה לחיוב חשבון**

**סופס 2-11**

6400000275

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

**פרטי כרטיס אשראי**

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כרטיס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה קאל <input type="checkbox"/> דינרס	מספר כרטיס אשראי בתוקף עד
מספר זהות ס"ב מספר זהות	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 למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי  
מנורה מבטחים אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט 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 יישלחו על ידי המוסב 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	מספר	עיר	מיקוד
---------------	-----------------------------------	---------------	--------	------	-----	-------

נותן/ים לכך הוראה לחייב את חשבונותו ה"ל בספיקה, בגין ביטוחי חיים, בסכמים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעט, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. יחזע ל/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף אם עסקים אחר לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי 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, היחוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. יחזע ל/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוינו הם נשאים שעל/נו להסדיר עם המוסב.

4. יחזע ל/לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/לנו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי לחצוץ/ן מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בסמך המחובר לה, קבלת ההוראות אלו ממני/מאתנו.

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

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 הוראות מ- , לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתוצגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר החשבון/נום בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על ידי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אשרור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שחתם על ידכם.

תאריך בנק סניף

אישור הבנק - חתימה וחותמת

11/15 א"פ"י