

שם נציג מכירה:

מס' סוכן:

**טופס בקשת הצטרפות לביטוח תרופות קבוצתי לחברי מועדון "ביחד בשבילך" בהתאם לתנאי הפוליסה**

(1) פרטי מועמד ראשית (העובד/ת)

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

**הצהרת בריאות**

**שאלה**

**תשובה מועמד לביטוח**

האם הנך חולה במחלת הסרטן ו/או הנך מצוי בבירור של מחלת הסרטן ו/או הנך מטופל בכימותרפיה ו/או הקרנות ו/או אם חלית במחלת הסרטן ו/או טופלת בכימותרפיה ו/או הקרנות בגין מחלת הסרטן - ב-7 שנים האחרונות

אם אחת מן התשובות חיובית, נא לפרט:

**שם שדה**

**הערות**

האם מסכים/ה קבלת מסמכי פוליסה ומסמכים אחרים באמצעים דיגיטליים?

**הצהרות המועמד**

- א. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין וחזקה הביטוח ייכנס לתוקף לאחר שהחברה תאשר זאת בכתב.
- ב. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותיי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
- ג. **קבלת מידע מהותי** -  
הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח המצורפת להודעה זו 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_