

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 העסקת 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 העסקת 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 ניח:	כתובת דוא"ל:		
קופת החולים:		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ כללית	☐ לאומית			
☐ מכבי	☐ 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	☐ לאומית			
☐ מכבי	☐ מאוחדת			
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				

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'1+2)

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

3) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – ילדים

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 רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
ילד/ה 2 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
ילד/ה 3 עד גיל 20 (כולל)					זכר/נקבה	☐ רובד בסיס רובד הרחבה- ניתוחים בארץ יש לסמן מסלול אחד ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן ☐ רובד הרחבה מסלול משלים שב"ן כולל ה.ע. ☐ רובד הרחבה מסלול מהשקל הראשון ☐ רובד הרחבה- כיסויים אמבולטוריים רובד הרחבה- מחלות קשות בטופס נפרד
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		כתובת הסניף
ילדים						

(4) פרטי מועמדים נוספים לביטוח – ילד/ה בוגר/ת

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: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				
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'1+2)				
• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות				

(5) פרטי מועמד משני (חתן/כלה)

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: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		סניף:	שם הרופא המטפל וכתובתו:	
☐ רובד בסיס בגבייה אישית ישירה למבטחת				
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'1+2)				
• להצטרפות לרובד הרחבה מחלות קשות- יש למלא טופס ייעודי נפרד הכולל הצהרת בריאות				

(6) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח – נכדים

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		
נכדים				כתובת הסניף		

• נכד שלישי בכל בית אב חיים

פירוט הכיסויים הנכללים (דמי הביטוח - כמפורט בגילוי הנאות המצורף)

רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים ומחילפי ניתוח מחוץ לישראל.
לחבר/ה זכאי/ת: שירותים אמבולטוריים בסיסיים, יחידה אחת של מחלות קשות לחבר/ה זכאים עד גיל 47 בלבד.
רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחילפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/משלים שב"ן/משלים שב"ן עם 5,000 ₪ ה.ע), שירותים אמבולטוריים, פיצוי מחלות קשות.

להלן פירוט הפרמיה החודשית לתכנית הביטוח:

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

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

רובד הרחבה

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

יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14		גובה:		משקל:		מבטח ראשי		בן/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שאלון תחביבים- למילוי מעל גיל 18																	
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 מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) או בחנו 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) בנין: מום מולד או נרכש, פגיעה, 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 הומלץ לך לנטול 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 האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פרפריאלי) 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 וטרם סרטני. יש לצרף דוחות ופתולוגיה																	
מערכת העיכול- לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבב, 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, בرونכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטק פיברוזיס, דלקות ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות																	
מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאوت, 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 (אוסטאופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)																	
מערכת עיניים וראיה- לרבות בעיות הקשורות לעיניים ליקוי ראייה מעל מספר העדשות- רק למקרים מעל מספר 8 בעדשות,, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס																	
מערכת אף אוזן 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/ נש 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 שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרייון.																	
האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____?																	
לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים																	
ילידים: האם יש בעיות התפתחות ו/או ליקויי למידה (כולל הפרעות קשב וריכוז ADD ו/או היפראקטיביות ADHD) אוטיזם, אספרגר?																	

*פעילות ספורט אגרסיבית הינה – טיפוס הרים, טיפוס על צוקים או גלישה מהם (סנפלינג), טיפוס קירות, בנג'י, צניחה חופשית, גלישה או דאיה באוויר, טיסה בכל טייס שאינו כלי טייס אזרחי, סקי מים, גלישת גלים, גלישת רוח, רפטינג, צלילה תוך שימוש במכלי אוויר, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב המגע, מרוץ מכוניות, השתתפות בתחרויות ספורט, מוטוקרוס, ספורט מוטורי, רכיבה על סוסים, ציד, 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 נתן/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 אליהם 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:

- 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/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולת או דחיית הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
- כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.
- בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004 הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורין או בעקיפין ממקרה ביטוח אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה) שאובחנה 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 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 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.menoramt.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.menoramt.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 שמסרת.

הוראה לחיוב חשבון

טופס 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 ☐ ישראכרט ☐ דינרס	אמריקן אקספרס	בתוקף עד
מספר כרטיס אשראי			
שם בעל כרטיס אשראי			
מספר זהות	מס' מיקוד	רחוב	כתובת: יישוב

שובר זה נחתם על ידי בלי נקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופסק 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



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.

1. אני/אנחנו החשבון המופיע בספרי הבנק _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

נחתם/ים לכם בה הוראה לחייב את חשבון/נו הנ"ל בספריכם, בגין ביטוחי חיים, בססמים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנטי, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפי/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. נראה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילוי, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

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

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

6. הבנק רשאי להוציא לי/לנו מהסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע 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.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קבלת הוראות מ-

שיופיעו באמצעי מנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבון/נום בבנק יזיה נקוב בהם, והכל על ידי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על ידינו 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 הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השימי שחתם עליכם.

תאריך

בנק

סניף

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

אישור הבנק - חתימה וחתימת