

טופס בקשת הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי הסגל המנהלי באוניברסיטת ת"א ובני משפחותיהם בהתאם לתנאי הפוליסה

תאריך תחילת העסקת העובד _____

1) פרטי מועמד ראשית (העובד/ת)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד				
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	כתובת דוא"ל
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
התוכנית המבוקשת (סמן את התוכנית המבוקשת)				
<input type="checkbox"/> רובד בסיס				
רובד הרחבה א' (יש לבחור את אחד מן המסלולים מטה):				
<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ "מהשקל ראשון"		<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים בארץ משלים שב"ן		
<input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'				

2) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מסלול כיסוי נבחר*
בן/בת זוג					זכר/נקבה	<input type="checkbox"/> רובד בסיס <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' שקל ראשון <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' משלים שב"ן <input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'
ילד 1 עד גיל 25					זכר/נקבה	<input type="checkbox"/> רובד בסיס <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' שקל ראשון <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' משלים שב"ן <input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'
ילד 2 עד גיל 25					זכר/נקבה	<input type="checkbox"/> רובד בסיס <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' שקל ראשון <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' משלים שב"ן <input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'
ילד 3 עד גיל 25					זכר/נקבה	<input type="checkbox"/> רובד בסיס <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' שקל ראשון <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' משלים שב"ן <input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'
ילד בוגר מעל גיל 25					זכר/נקבה	<input type="checkbox"/> רובד בסיס <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' שקל ראשון <input type="checkbox"/> רובד הרחבה א' משלים שב"ן <input type="checkbox"/> רובד הרחבה ב'
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		
בן /בת זוג						
ילדים						

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

- רובד בסיס – תרופות מיוחדות, תרופות בהתאמה אישית, השתלות, ניתוחים בחו"ל, התייעצויות ובדיקות אבחנתיות.
- רובד הרחבה א' (שקל ראשון / משלים שב"ן) – ניתוחים בישראל שקל ראשון / משלים שב"ן, שירותים אמבולטוריים.
- רובד הרחבה ב' - פיצוי בגין גילוי מחלה קשה (למבוטחים עד גיל 67), אביזרים רפואיים וטיפולים פסיכולוגיים.

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). **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 תוכנית זו** נמוכים מדמי הביטוח המשולמים בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא לניתוחים. **מבוטחים שרכשו תוכנית בריאות לבעלי שב"ן תינתן להם ברות ביטוח** ללא תשלום, והם יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות לסוכן הביטוח /או 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:** _____ *

4) הצהרת המועמדים לביטוח - אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- א. 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.
 - ב. אני/או מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה של מנורה מבטחים ביטוח בכפוף להוראות הדין.
 - ג. 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.
 - ד. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפטרופוס/ים טבעיים שלהם.
 - ה. **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 במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.**
- תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:**
1. היה גיל המבוטח פחות מ-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.
 2. היה גיל המבוטח מעל ל-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.
- ו. הריני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות של תכנית הביטוח הרלוונטית.
 - ז. ידוע לי שחווה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ח. **קבלת מידע מהותי -**
- הריני לאשר כי עיינתי בגילוי נאות 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 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: _____ ***חתימת המועמד הראשי לביטוח:** _____ ***חתימת בן/בת זוג:** _____ *
חתימת ילד (מעל גיל 18) _____ *

<input type="checkbox"/> אני מסכים/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותיי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותיי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור**.
<input type="checkbox"/> 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 הראשי לביטוח: _____ *חתימת בן/בת זוג: _____ *

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 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:** _____ *

אופן תשלום - בהתאם לבחירת המועמד לביטוח - הוראת קבע בבנק/ באמצעות כרטיס אשראי
תדירות תשלום - חודשית

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> ישראלרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס	מספר כרטיס אשראי	מספר זהות ס"ב מספר זהות
תאריך חתימת בעל הכרטיס האשראי מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דיקט וכרטיסים נטענים.		כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד	

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב 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 ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
			514

לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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. אי/ו הח"מ _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק
מספר זהות/ח"פ _____ מספר חשבון _____ רחוב _____ מספר _____ יער _____ מיקוד _____

2. ידוע לי/נו 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. 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, הדיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויים בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על יפיעו 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/לן מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וודיע 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 מפי/מאתנו.

תאריך _____ חתימת בעלי החשבון _____

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

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
			514

לכבוד: **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**
אלנבי 115, ת"א 65817

קיבלנו הוראת מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונם/גם בבנק. יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.
רשמנו לפנינו את ההוראת, ונפעל על יפיעו 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 בעל/י החשבון מן ההסדר.
אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפיהם, לפי כתב השיפוי שחתם עלייכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

11/15 אפי"