



ינואר 2020
ילדים בוגרים

בקשה להצטרפות לביטוח שיניים קבוצתי
במסגרת הפוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי תעש מערכות ועשות אשקלון ובני משפחתם

טופס זה מיועד ל:

***נא לסמן את האפשרות המבוקשת:**

- ילד בוגר, מעל גיל 21, של עובד או של גמלאי, שהינו **מבוטח קיים** המעוניין להצטרף **למסלול פרוטטי מורחב** בחלון ההזדמנויות מיום 01.02.2020 ועד ליום 30.04.2020.
- ילד בוגר, מעל גיל 21, של עובד או של גמלאי, המעוניין להצטרף **למסלול פרוטטי מורחב** בתוך 90 יום ממועד זכאותו (מועד הגיעו לגיל 21).
- ילד בוגר, מעל גיל 21, של עובד או של גמלאי, המעוניין בצירוף בני משפחה חדשים (חתן/כלה/נכדים).

הנני הח"מ, ילד בוגר מעל גיל 21, מבקש/ת להצטרף לביטוח שיניים קבוצתי באמצעות "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבטחת") בהתאם לתכנית תנאי הפוליסה הקבוצתית ו/או לצרף את בני משפחתי בהתאם לפירוט מטה

תאריך: _____

1) פרטי מבוטח ראשי (העובד/גמלאי)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
מס' עובד	מפעל	מס' טלפון נייד:		

2) פרטי מועמד ראשית (הילד הבוגר)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד	כתובת דוא"ל חובה למלא			
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	חובה למלא	מס' פקס:	

3) פרטי בן/ת זוג (של ילד בוגר מעל גיל 21)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
קופת חולים	סניף	שם רופא מטפל וכתובתו		
כתובת המועמד - <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המועמד הראשי אחר	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	חובה למלא	מס' פקס:	

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



4) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח (נכדים):

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	דוא"ל	טלפון נייד
ילד 1 עד גיל 21					זכר/ נקבה			
ילד 2 עד גיל 21					זכר/ נקבה			
ילד 3 עד גיל 21					זכר/ נקבה			

*ילד עד גיל 20 כולל

מבנה הפוליסה:

מבוטח ראשי (ילד בוגר מעל גיל 21) ובן/בת הזוג זכאים למסלול פרוטטי מורחב הכולל את הכיסויים הבאים: טיפולים משמרים, טיפולי חניכיים, טיפולים משקמים וטיפולי השתלות ושיקום על גבי שתלים. ילד/נכד מגיל 3 עד גיל 20 כולל זכאי לטיפולים משמרים, טיפולי חניכיים וטיפולי יישור שיניים. ילד מעל גיל 21 זכאי לטיפולים משמרים וטיפולי חניכיים בלבד.

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.

5) **הצרת המועמד/ת לביטוח:**

1. ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה מיום הצטרפותי ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבי וכי לא אהיה זכאי לבטל את הביטוח ו/או להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח אלא בכפוף לתנאי הפוליסה ולחוזר ביטוח שיניים 4-1-2012 המפורטים להלן. ידוע לי כי ההצטרפות לתכנית ביטוח עבור מבטחים קיימים הינה מיום 01.02.2020 ובהתאם תבוצע הגבייה החל ממועד זה. עבור מבטחים חדשים תאריך תחילת תכנית ביטוח זו יהא החל ממועד הצטרפותם בפועל.
2. אני מסכימה/ו מאשר/ת בשמי, בשם ילדי/י כאפורופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, כי המבטחת תהא רשאית לעשות שימוש בפרטים אודותי ואודות ילדי/י ובן/בת זוגי שמסרתי בטופס זה ושאמסור לה בעתיד (להלן: "המידע"), ולהעבירם לחברות קשורות לה ו/או חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ (להלן ביחד: "קבוצת מנורה") למטרות המנויות להלן. המידע הנמסר על ידי כאמור ומידע נוסף המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת מנורה, נאסף ונשמר במאגרי מידע ממוחשבים של הקבוצה עבור שימוש לצורך ניהול וייעול השירות, עיבוד המידע ודיוור לצרכים תפעוליים ולמימוש מטרות אלו על-ידי חברות קבוצת מנורה או מי מטעמן ובכפוף להוראות כל דין.
3. **קבלת מידע מהותי** -

עיינתי בגילוי נאות של תכניות הביטוח וכן 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 בשל התאמת פרמיה לאחר 24 חודש, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח וגבולות האחריות העקריים, השתתפות עצמית בכיסויים השונים, פירוט תקופת אכשרה והמתנה ככל שיש, החרגות לכיסוי הביטוח, וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים.

תאריך: _____ *חתימת המועמד הראשי לביטוח (ילד בוגר): _____ *חתימת בן/בת זוג: _____ *חתימת ילד/נכד (מעל גיל 18) _____ *



ויתור על סודיות רפואית:

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדיי כאפוסטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של המבטחת לקבל בשמי ובשם ילדיי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות אך לא רק, בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או ביטוח לאומי ו/או מי מטעמם ו/או משרד הבטחון. הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

שם משפחה	שם פרטי	חתימת העובד (מבוטח ראשי)	תאריך
----------	---------	--------------------------	-------

תנאי ביטול הפוליסה בהתאם לחוזר ביטוח שיניים 2012-1-4:

א. תנאי בתכנית ביטוח המתייחס לביטול פוליסה על ידי מבוטח יהיה בהתאם לעקרונות אלה:

- (1) מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בפסקה (2) להלן.
- (2) מבוטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

א. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירוף הפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירוף לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן - התקופה הקובעת).

לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבוטח או אצל מבוטח אחר (להלן - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירוף של המבוטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירוף של המבוטח לפוליסה לראשונה.

ב. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

ג. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

(3) גובה החזר הכספי האמור בפסקה (2), לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), הפרמיות לצורך חישוב החזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

שם משפחה	שם פרטי	חתימת העובד (מבוטח ראשי)	תאריך
----------	---------	--------------------------	-------



מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="checkbox"/> לאומי יזרה	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	בתוקף עד
מספר כרטיס אשראי	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> דינרס		
שם בעל כרטיס אשראי				
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 למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי מנורה מכבדת כרטיס 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	מספר חשבון בנק	מספר חשבון בנק
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/הח"מ שם בעל/החשבוני המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ח"פ מספר רחוב מספר עיר מיקוד

נחתם/ים לכס בזה הוראה לחיוב את חשבוננו/ה ה"ל בספריכם, בין ביטוחי חיים, בסכמים ובמועדים שיצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מעגלי, או רישומי על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפורטת מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף זמן עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין. ב. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובבלד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדין יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

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

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינתי בכתב ההרשאה ומילימ, הם נושאים שעל/נו 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 יעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מפעה חוקית או אחרת לכביעו.
6. הבנק רשאי להוציא/ו מן החסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע 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

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

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

קיבלנו הוראות מ- שיופיעו באמצעי מנבטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונכם 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 מפעה חוקית או אחרת לכביעו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן החסדר. אישור זה לא יפעל בהתחייבויותם כלפיהם, לפי כתב השיפוי שחתם עלי-דכם.

אישור הבנק - חתימה וחותרת

תאריך בנק סניף

11/15 א"פ"

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ