



**ינואר 2020**  
**עובדי עשות אשקלון**

**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:**

- עובדים שהינם מבטחים קיימים המעוניינים לצרף מחדש לפוליסה את בני/בנות זוגם/ בחלון ההזדמנויות מיום 01.02.2020 ועד ליום 30.04.2020.
- עובדים שאינם מבטחים קיימים המעוניינים להצטרף לפוליסה ולצרף את בני משפחותיהם (בני/ות זוג למסלול מורחב בהתאם למסלול העובד וילדים מגיל 3 עד גיל 20 כולל למסלול משמר+ פריז+ אורתודנטיה או ילדים בוגרים מעל גיל 21 למסלול משמר+פריז) בחלון ההזדמנויות מיום 01.02.2020 ועד ליום 30.04.2020.
- עובד חדש ובני משפחתו בתוך 90 יום ממועד תחילת העסקתו של העובד
- בן/ת זוג חדשים של עובד מבטח בתוך 90 יום ממועד הנישואין
- צירוף ילד בתוך 180 יום מיום הגיעו לגיל 3.
- צירוף ילדים שסיימו שירות צבאי או שירות לאומי בתוך 90 יום ממועד הפסקת שירותם.

הנני הח"מ מבקש/ת לצרף אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה לביטוח שיניים קבוצתי באמצעות "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבטחת") בהתאם לתכנית תנאי הפוליסה הקבוצתית.

תאריך תחילת העסקה \_\_\_\_\_ (לעובדים) : \_\_\_\_\_, מס' עובד: \_\_\_\_\_, מפעל: \_\_\_\_\_.

**1) פרטי מועמד ראשית (העובד/ת)**

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

**2) פרטי מועמד משני (בן/בת זוג)**

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

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**



3) פרטי מועמד משני (ילד בוגר מעל גיל 21)

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

4) פרטי מועמד משני (ילד בוגר מעל גיל 21)

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

5) פרטי מועמד משני (ילד בוגר מעל גיל 21)

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

6) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

המועמד	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
ילד 1 עד גיל 20 כולל					זכר/נקבה
ילד 2 עד גיל 20 כולל					זכר/נקבה
ילד 3 עד גיל 20 כולל					זכר/נקבה
ילד 4 עד גיל 20 כולל					זכר/נקבה

ילד - מגיל 3 ועד גיל 20 כולל.

**מבנה הפוליסה:**

עובד/ת ובן/בת הזוג זכאים למסלול פרוטטי מורחב הכולל את הכיסויים הבאים: טיפולים משמרים, טיפולי חניכיים, טיפולים משקמים וטיפולי השתלות ושיקום על גבי שתלים.  
ילד מגיל 3 עד גיל 20 כולל זכאי לטיפולים משמרים, טיפולי חניכיים וטיפולי יישור שיניים.  
ילד מעל גיל 21 זכאי לטיפולים משמרים וטיפולי חניכיים בלבד.  
\*במידה וילד מעל גיל 21 מעוניין להצטרף למסלול פרוטטי מורחב, הוא רשאי לעשות זאת בתוך 90 יום ממועד תחילת הביטוח (1.02.2020) וזאת באמצעות טופס נפרד הכולל אמצעי גביה אישי.

מנוחה ובריאות לכולנו



**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 שהגך מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד, יש לציין כתובת דואר למשלוח ההודעות.

באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמו 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 מצורי הביטוח אשר ברשותך.

**(7) הצהרת המועמד/ת לביטוח:**

1. ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה מיום הצטרפתי 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 מסכימ/ה ומאשר/ת בשמי, בשם ילדיי כאפטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, כי המבטחת תהא רשאית לעשות שימוש בפרטים אודותי ואודות ילדיי 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 לכיסויי הביטוח, וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים.
- תאריך:** \_\_\_\_\_ \***חתימת המועמד הראשי לביטוח:** \_\_\_\_\_ \***חתימת בן/בת זוג:** \_\_\_\_\_
- \***חתימת ילד (מעל גיל 18)** \_\_\_\_\_ \*

**ויתור על סודיות רפואית:**

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדיי כאפטרופוס 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 \_\_\_\_\_

**התחייבות כספית**

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת ומאשר/ת בזאת לנכות ממשכורתי מדי חודש בחודשו, למשך כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מוארכת ככל שתהיה את התוספת בגין דמי הביטוח עבורי (מעל השתתפות המעסיק) וכן את דמי הביטוח עבור בני משפחתי כמפורט לעיל.

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ חתימת העובד (מבוטח ראשי) \_\_\_\_\_



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

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

(1) מבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בפסקה (2) להלן.

(2) מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

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

לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח 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 למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה.

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

לעניין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח 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 המבטח 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 (מבטח ראשי)	תאריך
----------	---------	-------------------------	-------