



**ינואר 2020**  
**גמלאים**

**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:**

- גמלאים ובני משפחותיהם שהינם מבטחים קיימים המעוניינים להצטרף מחדש לפוליסה במסגרת חלון ההזדמנויות מיום 01.02.2020 ועד ליום 30.04.2020. למען הסר ספק, גמלאים ובני משפחותיהם שאינם מבטחים קיימים אינם יכולים להצטרף לפוליסת ביטוח השיניים הקבוצתית.
- גמלאי חדש/עובד שפרש לגמלאות ובני משפחתו בתוך 90 יום ממועד פרישתו לגמלאות
- עובד שסיים העסקתו אצל בעל הפוליסה (ולא פרש לגמלאות) ומעוניין להמשיך בפוליסה הקבוצתית בגביה אישית עד תום תקופת הביטוח.

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: \_\_\_\_\_, מס' עובד: \_\_\_\_\_, מפעל: \_\_\_\_\_,

תאריך פרישה לגמלאות/תאריך סיום העסקה: \_\_\_\_\_.

**(1) פרטי מועמד ראשית (הגמלאי/ת/ עובד שסיים העסקה)**

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:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

**(2) פרטי מועמד משני (בן/בת זוג)**

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

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

התנאים המחייבים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה



3) פרטי מועמד משני (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:	מס' פקס:		
<input type="checkbox"/> משמר +חניכיים <input type="checkbox"/> פרוטטי מורחב				

4) פרטי מועמד משני (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:	מס' פקס:		
<input type="checkbox"/> משמר +חניכיים <input type="checkbox"/> פרוטטי מורחב				

5) פרטי מועמד משני (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:	מס' פקס:		
<input type="checkbox"/> משמר +חניכיים <input type="checkbox"/> פרוטטי מורחב				

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

**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 מעמו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב \* 2000 - או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <http://www.menoramivt.co.il> ובהר כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

### מבנה הפוליסה :

**גמלא'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 רשאי לבחור בין מסלול הכולל טיפולים משמרים וטיפולי חניכיים בלבד או מסלול פרוטטי מורחב כמפורט לעיל.**

### הצהרת המועמד/ת לביטוח:

- 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.
- אני מסכימה ומאשרת בשמי, בשם ילדי כאפוטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, כי המבטחת תהא רשאית לעשות שימוש בפרטים אודותי ואודות ילדי 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.
- 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) \* \_\_\_\_\_**

אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ישלחו 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 \_\_\_\_\_**



### 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 תהיינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

שם משפחה	שם פרטי	חתימה
----------	---------	-------

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

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

- 1) מבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בפסקה (2) להלן.
- 2) מבטוח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
  - א. המבטוח 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).
  - ב. במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר (להלן - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח 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 ההחזר 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 המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו -
 

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטוח 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 המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (2)(א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

שם משפחה	שם פרטי	חתימה
----------	---------	-------



מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



### הוראה לחיוב חשבון

**טופס 2-11**  
6400000275

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

#### פרטי כרטיס אשראי

מספר זהות	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	מספר כרטיס אשראי
מס'   מיקוד	כתובת:   יישוב   רחוב	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראל כרטיס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס	

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 שיופנק וישא מספר אחר, כחלפה 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 הסללת 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. אני/הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון המפיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות/ח"פ \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

ונתן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הנ"ל בסניפכם, בגין ביטוחי חיים, בסכמים ובמועדים שזמנאים לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנטני, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".

2. יזעזע לי/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפורטת/מאתנו בכתב לבנק ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על ידי הוראת כל דין. ב. הנהיה רשאים לבטל חיוב מסוים 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, הריכתי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שסיים בכתב ההרשאה ומילויים, 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 יפעל כהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציא/לן מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה 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 ההוראות אלו מנתי/מאתנו.

תאריך חתימת בעלי החשבון \_\_\_\_\_

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

#### אישור הבנק

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

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

קיבלנו הוראת מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנטני או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר החשבון/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפינוי את ההוראת, ונפעל על ידיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/נו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפעל בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השישי שחתם עלידכם.

תאריך בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

11/15 אפי"

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

התנאים המחייבים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה