



ינואר 2020
חל"ד/חל"ת

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

טופס זה מיועד ל:

עובדים שיצאו לחל"ד/חל"ת במסגרת תקופת הביטוח ומעוניינים להמשיך את הפוליסה בגביה אישית.

הנני הח"מ מבקש/ת להמשיך עבורי ועבור בני משפחתי המבטחים הקיימים המפורטים מטה לביטוח שיניים קבוצתי באמצעות "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבטחת") בהתאם לתכנית תנאי הפוליסה הקבוצתית.

תאריך: _____, מס' עובד: _____, מפעל: _____,
תאריך יציאה לחל"ד/חל"ת: _____.

(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	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 - ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי אחר	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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 - ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי אחר	כתובת דוא"ל חובה למלא			
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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 - ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי אחר		כתובת דוא"ל חובה למלא		
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(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 - ☐ זהה לכתובת המועמד הראשי אחר		כתובת דוא"ל חובה למלא		
מס' טלפון:	מס' טלפון נייד:	מס' פקס:		
	חובה למלא			

(6) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח:

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 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.

מבנה הפוליסה :

עובד 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.



הצהרת 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.
2. 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.
3. אני מסכימה ומאשר/ת בשמי, בשם ילדי/י כאפוסטרופוס 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.

4. 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 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: _____

ויתור על סודיות רפואית:

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי/י כאפוסטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומיידה את כוחה של המבטחת לקבל בשמי ובשם ילדי/י 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 תהייה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימה _____

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

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. לעניין זה, 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.
 - ג. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.
- (3) סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכמים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה. 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.

חתימה

שם פרטי

שם משפחה



מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

סופס 2-11

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	☐ לאומי ויזה ☐ ישראכרט ☐ אמריקן אקספרס ☐ דינרס	מספר כרטיס אשראי
שם בעל כרטיס אשראי	כתובת: ישוב רחוב	מספר זהות
		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 שיופסק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי חתמה מנורה מבטחים 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 מסלול 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/הח"מ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק מספר זהות/ד"ר רחוב מספר עיר מיקוד

- נחתם/ים בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בספרי, בנין ביטוחי חיים, בסכומים ובמועדים שיוצגו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגע, או רשימות על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- יחזע/לנו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מפורטת/מכתב בכתב לבנק, ולמנורה מבטחים ביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן פתנת לביטול ע"פ הוראת כל דין. ב. נהיה 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, הדינאי יעשה בעדך יום מתן הודעת הביטול.
- יחזע/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוטב.
- יחזע/לנו כי סכומי החיוב על ידי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח ל/נו על ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.
- הבנק רשאי להוציא/לן מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו מפי/מאתם.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק

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

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

אלנבי 115, ת"א 65817

קבלנו הוראות מ- שיופיעו באמצעי מגע או ברשימות שתצוגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/ם בבנק יזיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע; 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 בהתייחסותם כלפיהם, לפי כתב השימי שנחתם על ידיכם.

תאריך בנק סניף