

טופס בקשת הצטרפות לביטוח סיעוד קבוצתי במהלך חלון הזדמנויות- לילדי עמיתי "צוות" - גמלאי שירות הקבע בצה"ל

(1) פרטי מועמד ראשית/עמית צוות):

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				זכר/נקבה
כתובת המועמד ופרטים ליצירת קשר				
(ככל שהמועמדים לביטוח אינם מתגוררים באותה כתובת, יש למלא טופס פרטי התקשרות נפרד)				
רחוב-	מספר	עיר-	מיקוד-	
מס' טלפון-	מס' טלפון נייד-			

(2) פרטי המועמדים הנוספים לביטוח (ילדים בגילאים 49-24)

קרב המועמד לעמית צוות	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	טלפון נייד (חובה למלא)	דואר אלקטרוני (חובה למלא)
ילד 1					זכר/נקבה		
ילד 2					זכר/נקבה		
ילד 3					זכר/נקבה		

פרטים נוספים:	שם קופת החולים	סניף	כתובת הסניף
ילד 1/2/3			

פירוט הכיסויים הנכללים בביטוח הסיעודי-

מקרה סיעודי - מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי של לפחות 3 מתוך 6 פעולות יומיומיות. (ADL) **תקופת המתנה** 60 ימים **תקופת פיצוי** עד 60 חודשים

סכום ביטוח - בהתאם לגיל כניסה כמפורט להלן:

גיל כניסה	סכום ביטוח בש"ח
0-49	5,500

שאלון בריאות למועמדים לביטוח בכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדויק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

	ילד 1 שם מלא:		ילד 2 שם מלא:		ילד 3 שם מלא:	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא
אשפוזים - האם במהלך השנתיים האחרונות אושפזת במשך למעלה מ-48 שעות?	כן	לא	כן	לא	כן	לא
תרופות - האם במהלך השנתיים האחרונות נטלת תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות?	כן	לא	כן	לא	כן	לא

שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה

3) 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/אנחנו 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 ימסר 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. **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 במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח ואשר ארע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.**
 - ה. הרני מצהיר כי עיינתי בגילוי נאות/ מידע מהותי של תכנית הביטוח.
 - ו. ידוע לי שחוק הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
 - ז. **קבלת מידע מהותי -**

הרני 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 המתנה, החרגות לכיסוי הביטוח, חריג מצב רפואי קודם וכן כי ישנה אפשרות לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב.
 - ח. **אופן משלוח דיווחים ומסמכים -** דיווחים הנוגעים לפוליסה (דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודיווח שנתי) ישלחו באמצעות דוא"ל בליווי מסרון לטלפון הנייד. מועמד לביטוח שאינו מעוניין בקבלת מסמכי הדיווח באמצעים דיגיטליים, אלא באמצעות דואר ישראל בליווי מסרון לטלפון הנייד- יציין להלן את הכתובת למשלוח הדיווחים: כתובת מועמד ראשי _____ כתובת מועמד שני _____ (ככל שהכתובת זהה הדיווח ישלח במרוכז). באפשרותי לשנות את בחירתך, בכל עת, באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000 * או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.menoramivt.co.il> לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם בקבוצת מנורה מבטחים.
- *ככל שכתובת המגורים של המועמדים לביטוח שונה משל המועמד הראשי יש למלא טופס עדכון פרטי התקשרות ולהעביר למבטחת.**

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" ("להלן": המבקש) את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.

שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם מועמד	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	מס' רישיון	חתימת עד

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח):

הצהרת בעל הרישיון:

אני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי על ידי המועמד/ים לביטוח אני מצהיר בזה כי מסרתי למועמד לביטוח את הגילוי נאות של תכנית הביטוח המופיעה בהצעה זו וכן את המידע המהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח 2015/1/12 או כל חוזר שיבוא במקומו.

אני מצהיר כי ככל שבוצע שיווק יזום (פניה של הסוכן למועמד לביטוח לצורך הצעת הביטוח), ביצעתי הליך התאמה אשר כלל בדיקה בהר הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף 2018-1-10 או כל חוזר שיבוא במקומו.

תאריך	שם בעל הרישיון	חתימת בעל הרישיון	מספר רישיון
-------	----------------	-------------------	-------------

את הטופס יש לשלוח למדנס סוכנות לביטוח- רחוב השלושה 2, תל אביב 67060 או לפקס 03-6380324 לשאלות ניתן לפנות למוקד בריאות במדנס בטלפון - 036380390

הוראת תשלום:

טופס אמצעי תשלום

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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> דיינרס

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____ טלפון _____

מס' כרטיס אשראי _____ - _____ - _____ - _____ / _____ / _____ בתוקף עד _____ / _____ / _____
 שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר תשלומים 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 שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך: _____ חתימת בעל כרטיס האשראי: X _____