

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי מכבי שירותי בריאות באמצעות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

- התנאים לקבלה לביטוח סיעודי הינם בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ואישור המבטח (למעט תינוקות מתחת לגיל שנה).
- תחילת הביטוח יהיה החל מהמועד בו מולאו כלל הפרטים הנדרשים על גבי הטופס.

חלק א' – פרטים אישיים ומשפחתיים

פרטי המועמדים לביטוח (ילדים - מתחת לגיל 18)

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מועמד/ת ראשית
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					בן/בת זוג
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					ילד/ה 1
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					ילד/ה 2
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					ילד/ה 3
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>					ילד/ה 4

פרטי התקשרות והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי התקשרות

לידיעתך, הפרטים המועדכנים הינם הפרטים שנמסרו במכבי. ככל ולא מסרת את פרטי התקשרות במכבי, יש למלא על גבי הטופס. לשינוי/עדכון פרטים יש לפנות למכבי במוקד *3555.

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) ממנורה מבטחים בע"מ. ככל שלא תבחר האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל מסרון, בהיעדר נייד – ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, תראה מנורה את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.

שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח האמורים ייעשה באמצעות מוקד שירות בטלפון 03-7107030

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל - חובה למלא (נא למלא רק במידה שהפרטים אינם המועדכנים במכבי)				מועמד/ת ראשון/נה
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
e-mail <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/>							
e-mail <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/>							בן/בת זוג

חלק ב' – הצהרת בריאות

בכל מקרה של מועמד מעל גיל 65 ומעלה יש להמציא תמצית כרטיס רפואי מהרופא המטפל

שאלות כלליות																	
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																	
מועמד/ת ראשי/ת			בן/בת זוג			ילד ראשון			ילד שני			ילד שלישי			ילד רביעי		
כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע
1 גובה (בס"מ)																	
משקל (בק"ג)																	
2 א. האם הינך מעשן או עישנת בעבר? כמות ליום: מספר שנים: ב. אם הפסקת לעשן, ציין בנוסף גם מתי הייתה הפסקת העישון כמות ליום: מספר שנים: מועד הפסקת עישון:																	
3 האם הינך מוגבל באופן חלקי או מלא בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום ולשבת, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים (מתן צואה ושתן)																	
האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח היה אבחון של אחד או יותר מהמומים/המחלות/המצבים/הממצאים המפורטים להלן? (על כל תשובה חיובית יש לפרט את התשובות ו/או לצרף מכתב מהרופא)																	
4 וסקוליטיס (דלקת כלי דם, PAN)																	
5 סוכרת – האם הינך סובל מסוכרת? 5.1 ככל והשבת "כן" לשאלה הקודמת, האם הינך משתמש באינסולין? (נדרש פירוט: מהם ערכי ההמוגלובין מסוכרת (HbA1c) נא לסמן בעיגול את הערכים מטה: 6.5 ומטה 6.6-7.5 7.6-8.5 8.6-9.5 9.6 ומעלה 5.2 האם יש פגיעה באברי מטרה (ניורופטיה, רטינופטיה, PVD – מחלת כלי דם עורקית פריפריאלית)? 5.3 האם יש יותר מאירוע היפוגליקמיה אחד בחודש?																	
6 מחלות אנדוקרינולוגיות – האם הנך סובל מאחת או יותר מהמחלות האנדוקרינולוגיות הבאות: אדרנלים, היפופיזה, היפותלמוס. 6.1 האם הנך סובל ממחלה אנדוקרינולוגית אחרת? 6.2 במידה ותשובתך לשאלה 6.1 היא כן- האם הנך מאוזן בשנה האחרונה?																	
7 מערכת העצבים והמוח – האם הינך סובל מאחת או יותר מהמחלות הניורולוגיות הבאות: לרבות מאורע מוחי (TIA, CVA), פיגור, פרקינסון, ALS, טרשת נפוצה, פוליו, חולשה או שיתוק גפיים, מיאסטיניה, אפילפטיה, פגיעה עצבית פריפריית (גפיים או פנים). 7.1 האם עברת שבץ מוחי (CVA) בשנתיים האחרונות (24 חודשים)? 7.2 האם סבלת מאירוע מוחי (TIA) בשנה האחרונה (12 חודשים)? 7.3 האם היו פגיעות בחוט השדרה שגרמו לשיתוק, המיפלגיה – שיתוק בפלג גוף ימין/שמאל, פרהפלגיה-שיתוק בפלג גוף עליון/תחתון, טטרהפלגיה – שיתוק בארבע גפיים? 7.4 האם היתה פגיעה בעצבים פריפריאליים? 7.5 האם עברת התקף אפילפטיה ב-3 השנים האחרונות? 7.6 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון בשלוש השנים האחרונות? 7.7 האם הנך מקבל טיפול לשיפור מצב קוגניטיבי (זיכרון)?																	

שאלות כלליות																	
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																	
מועמד/ת ראשי/ת			בן/בת זוג			ילד ראשון			ילד שני			ילד שלישי			ילד רביעי		
כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע	כן	לא	לא ידוע
8 מחלות לב																	
8.1 האם הינך מושתל לב?																	
8.2 האם הינך סובל מאי ספיקת לב (אנגינה פקטוריס וכו) או מהפרעות קצב והולכה? (אין צורך להצהיר על פעימה מוקדמת)																	
8.3 האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים?																	
8.4 ככל והשבת "כן" לשאלה הקודמת האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים בשנה האחרונה?																	
8.5 האם עברת צינתור לב: החלפת מסתמים (TAVI) פתיחת עורקים כליליים, טיפולים אלקטרופיזיולוגים (EPS) בשנה האחרונה?																	
9 מחלה ממארת אונקולוגית (סרטן)																	
10 האם הנך סובל מאחת או יותר מהמחלות הבאות: מחלת כבד כרונית (שחמת, פיברוזיס); דלקת כרונית בלבב; מושתל כבד או לבלב?																	
10.1 האם הנך סובל ממחלת כבד כרונית אחרת?																	
10.2 האם הנך סובל מצהבת הפטיסיס?																	
11 האם הנך סובל מדלקת כרונית של מערכת העיכול (קרוהן, קוליטיס, אולצרטיב קוליטיס), פוליפוזיס, תסמונת לינץ'?																	
12 האם הנך סובל הפרעות/עייב בהתפתחות הדורשים מעקב רפואי, פיגור*, CP כשל חיסוני, היפרליפידמיה על רקע משפחתי/תורשתי?																	
13 קטיעת איברים - האם יש פגיעה בתפקוד היומיומי?																	
14 האם הינך סובל מיתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות? (נדרש פירוט: מה היה מועד האבחון? מהם ערכי הסיסטולי: 40-250; מהם ערכי הדיאסטולי 150-40)																	
15 האם הינך סובל מיתר שומנים בדם ב-10 השנים האחרונות? (נדרש פירוט: ערך כולסטרול כללי בדם: 400-70 ערך HDL בדם 200-0) יש למלא את הערכים בטבלה מטה																	
16 האם אובחנת כסובל מבעיה נפשית?																	
17 מחלות ריאה כרוניות האם הינך מושתל ריאה או סובל מ: COPD, סיסטיק פיברוזיס, ברוניכטיס כרוני, אמפיזמה																	
17.1 האם הינך סובל ממחלות ריאה אחרות?																	
17.2 האם הינך סובל מאסטמה עם יותר מהתקף אחד בחודש ו/או פניה למיון/אשפוז בשל האסטמה בשנה האחרונה?																	
18 מחלות אגירה (גושה, מימן-פיק, טאיזקס, פברי, פומפה, סיסטיק פיברוזיס)																	
19 מחלת כליות כרונית או מחלת דרכי השתן																	
19.1 האם הינך עובר או עברת טיפולי דיאליזה? האם הנך מושתל כליה?																	
19.2 האם הינך סובל מאי ספיקת כליות ו/או מכליה פוליציסטית?																	
20 בעיות בקרישת הדם (המופיליה, טלסמיה, או בעיה אחרת בקרישת דם, מחלות דם או מחלות כלי דם (DVT, PVD, חסימה בעורקי הקרוטיס)?																	
21 איידס / נשאות HIV?																	
22 מחלות שריר ושלד (כאבי גב כרוניים, אוסטיפורוזיס, ארטיטיטיס, מחלת שריר ושלד אחרת)?																	
23 האם הינך סובל ממחלות ריאומטייות (לופוס, דלקת מפרקים שגרונת, סקלרודרמה, דלקת מפרקים פסוריאטית, טמפורל ארטיטיס, פולימיאלגיה ראומטיקה, אנקולוזינג ספונדליטיס)?																	
24 פיברומיאליגיה																	

שאלות כלליות												מועמד/ת ראשי/ת			שם המועמד/ת				
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.																			
ילד רביעי			ילד שלישי			ילד שני			ילד ראשון			בן/בת זוג			מועמד/ת ראשי/ת				
לא	לא	כן	לא	לא	כן	לא	לא	כן	לא	לא	כן	לא	לא	כן	לא	לא	כן	שם המועמד/ת	
ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע	ידוע		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	האם אושפזת בחמש השנים האחרונות או האם יש בידוך המלצה לאשפוז? (נדרש פירוט: מה היה מועד האשפוז; סיבות האשפוז; משך האשפוז)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	האם עברת ניתוח ב 12 החודשים האחרונים, או האם ידוע לך על הצורך לעבור ניתוח, או טיפול רפואי הכרוך באישפוז או ביצוע בחדר ניתוח? (נדרש פירוט: מה היה מועד הניתוח; הסיבה לניתוח; שם הניתוח; תוצאות הניתוח היום, האם הנך במעקב)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	האם עברת בדיקת דימות ב-5 השנים האחרונות? או הומלץ לך לעבור בדיקות כאלו בחצי השנה האחרונה (תהודה מגנטית - MRI, CT, PET CT מפייו עצמות? (נדרש פירוט: מתי היתה הבדיקה, מה סוג הבדיקה, האם הנך נמצא במעקב)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	האם נטלת ב-5 השנים האחרונות או האם הנך נוטל כיום תרופות באופן קבוע? (נא לפרט אלו תרופות ומתי)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	האם הנך צורך מעל 5 פחיות בירה ליום או מעל 5 כוסות משקה אלכוהולי ליום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	האם קיבלת ב 5 השנים האחרונות שירותים מיוחדים לטיפול בבית? (נדרש לפרט באיזו שנה, מה הסיבה ועל ידי מי).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	האם פנית בעבר להצטרף לביטוח הסיעודי ונדחת? (נדרש פירוט: באיזו חברה ומהי סיבת הדחייה).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	האם קיבלת ב-5 השנים האחרונות ו/או הינך מקבל כרגע קצבת סיעוד או נכות מהביטוח הלאומי?

השאלה מופנית להורה או לאפוטרופוס של המועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד. במידה והתשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

טבלת דמי הביטוח*

מגיל	18	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81
01/01/24	9.26	13.77	34.14	47.89	59.42	105.13	141.01	169.87	201.42	245.19	279.63	300.69	305.45

* סכומי הפרמיות צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שהיה ידוע ב-1.1.2024.

תגמולי ביטוח**

מקום השהיה של המבוטח	גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה בבית (פיצוי)	תקרת תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה במוסד (שיפוי)
עד 49	עד 50
עד 60 ומעלה	עד 59
3,200 ח"ש	4,100 ח"ש
4,500 ח"ש	6,500 ח"ש
5,000 ח"ש	10,000 ח"ש

** על סכום תגמולי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה מהמדד שהיה ידוע ב 15.12.2023

1. הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לווטר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיך את חברת הביטוח לבקש, לקבל מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה. הנני מוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ולא תהיה לי כלפי המוסד שמוסר את המידע ו/או עובדיו כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לקבלת מידע כאמור.
2. כמו כן אני מסכים מראש על שכל מוסד, לרבות מכבי שירותי בריאות ו/או אגודת מכבי מגן או עובדיו הרפואיים ו/או אחרים - שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כאמור לעיל, יגלו אותה לחברת הביטוח לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע. הנני משחרר בזה כל מוסד ו/או עובדיו מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע לחברת הביטוח מכל תיק שנפתח על שמי. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 וגם לפי חוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגר המידע של כל מוסד.
3. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
4. אני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיוגיע לידיעת חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן, יוחזקו במאגרי מידע במכבי שירותי בריאות ו/או במכבי מגן ו/או בחברת הביטוח ו/או אצל מי מטעמם, וכי המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או מכבי מגן ו/או את מי מטעמם. המידע הנאגר כאמור ישמש את חברת הביטוח ו/או מי מטעמה לצורך בחינת הבקשה, ניהול הפוליסה, מתן שירותים במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין. המידע הנאגר כאמור ישמש את מכבי שירותי בריאות לצורך ניהול הפוליסה, מתן שירותי גביה במסגרת הפוליסה וקיום דרישות הדין.
5. אני מבקש/ת כי באם תתקבל הצעתי להצטרף לביטוח שבנדון, ייגבו דמי ביטוח הנדרשים על פי תנאי הפוליסה, באמצעות הוראת קבע שמסרתי ל"מכבי שירותי בריאות" לצורך תשלום עבור שירותים רפואיים וביטוחים. באם אין ב"מכבי שירותי בריאות" הוראת קבע תקפה כאמור, הביטוח שבנדון לא יכנס לתוקף, עד להסדרתה של הוראת קבע תקפה.
6. אני מתחייב לדווח לחברת הביטוח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת המבטח לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
7. אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו בטופס ההצטרפות ובמסמכים המצורפים הינם נכונים ושלמים וכי ידוע לי כי מתן תשובה לשאלה בעניין מהותי שלא היתה מלאה וכנה עלולה לפגוע בזכויותיי מכח הפוליסה, לרבות זכאותי לקבלת תגמולי ביטוח באופן מלא או חלקי.
8. במידה והנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח - 1998: "אדם עם לקות פיסיית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר תחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו בטלפון שמספרו 03-7107030, על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבדק בהתאם להוראות החוק.

				X
שם מועמד/ת ראשי/ת*	תעודת זהות	תאריך	חתימה	
				X
בן/ת זוג	תעודת זהות	תאריך	חתימה	

* חתימת אפוסטרופוס עבור ילדים שגילם מתחת לגיל 18 ומולאו בהצהרה, ת.ז, תאריך, חתימה.

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו באמצעות מוקד השירות 03-7107030 או באמצעות דוא"ל Maccabi-shirut@menoramivt.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.