



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)

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
מועמד/ת ראשי/ת				נ ☐ ז ☐
בן/בת זוג				נ ☐ ז ☐
ילד/ה 1				נ ☐ ז ☐
ילד/ה 2				נ ☐ ז ☐
ילד/ה 3				נ ☐ ז ☐
ילד/ה 4				נ ☐ ז ☐

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/ת
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
e-mail ☐ דואר ישראל ☐							
e-mail ☐ דואר ישראל ☐							בן/ת זוג

חלק ב' – הצהרת בריאות

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

שאלות כלליות		מועמד/ת ראשי/ת			בן/בת זוג			ילד ראשון			ילד שני			ילד שלישי			ילד רביעי		
* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוטרופוס של מועמד לביטוח שהינו קטין או פסול דין בלבד.		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 מסוכרר 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 (נירופטיה, 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 הנירולוגיות הבאות: לרבות מאורע מוחי (CVA, TIA), פיגור, פרקינסון, ALS, טרשת נפוצה, פוליו, חולשה או שיתוק גפיים, מיאסטיניה, אפילפסיה, 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 אפילפסיה 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.														
מחלות לב														
8														
האם הינך מושתל לב?														
8.1														
האם הינך סובל מאי ספיקת לב (אנגינה פקטוריס וכו) או מהפרעות קצב והולכה? (אין צורך להצהיר על פעימה מוקדמת)														
8.2														
האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים?														
8.3														
ככל והשבת "כן" לשאלה הקודמת האם עברת ניתוח לב פתוח - מעקפים או החלפת מסתמים בשנה האחרונה?														
8.4														
האם עברת צינתור לב: החלפת מסתמים (TAVI), פתיחת עורקים כליליים, טיפולים אלקטרופיזיולוגיים (EPS), בשנה האחרונה?														
8.5														
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 הפטיטיס?														
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 הסיסטולים: 40-250; מהם ערכי הדיאסטולים 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 ריאומטיות (לופוס, דלקת מפרקים שגרנית, סקלרודרמה, דלקת מפרקים פסוריאטית, טמפורל ארטיטיס, פולימיאליגיה ראומטיקה, אנקולוזינג ספונדיליטיס)?														
24														
פיברומיאליגיה														

שאלות כלליות												* כלל השאלות מופנות למועמד לביטוח ו/או להורה ו/או אפוסטרופוס 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	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע	כן	לא	ידוע						
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
25 האם אושפזת בחמש השנים האחרונות או האם יש בידך המלצה לאשפוז? (נדרש פירוט: מה היה מועד האשפוז; סיבות האשפוז; משך האשפוז)																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
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)																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
27 האם עברת בדיקת דימות ב-5 השנים האחרונות? או הומלץ לך לעבור בדיקות כאלו בחצי השנה האחרונה (תהודה מגנטית - MRI, CT, PET CT מיפוי עצמות)? (נדרש פירוט: מתי היתה הבדיקה, מה סוג הבדיקה, האם הנך נמצא במעקב)																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
28 האם נטלת ב- 5 השנים האחרונות או האם הנך נוטל כיום תרופות באופן קבוע? (נא לפרט אלו תרופות וממתי)																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
29 האם הנך צורך מעל 5 פחיות בירה ליום או מעל 5 כוסות משקה אלוהולי ליום?																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
30 האם קיבלת ב 5 השנים האחרונות שירותים מיוחדים לטיפול בבית? (נדרש לפרט באיזו שנה, מה הסיבה ועל ידי מי).																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
31 האם פנית בעבר להצטרף לביטוח הסיעודי ונדחת? (נדרש פירוט: באיזו חברה ומהי סיבת הדחייה).																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
32 האם קיבלת ב- 5 השנים האחרונות ו/או הינך מקבל כרגע קצבת סיעוד או נכות מהביטוח הלאומי?																							

השאלה מופנית להורה או לאפוסטרופוס 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')

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')

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')

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')

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')

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')

דמי הביטוח (פרמיות) לתקופות ביטוח בין השנים 2025 עד 2031:

מגיל	01.25	01.26	01.27	01.28	01.29	01.30	01.31
18	9.51	9.74	9.92	10.09	10.27	10.44	10.63
26	14.57	15.38	15.97	16.56	17.13	17.72	18.31
31	35.03	35.93	36.57	37.21	37.87	38.51	39.17
36	49.44	51.00	52.14	53.27	54.42	55.54	56.68
41	62.25	65.09	67.15	69.21	71.27	73.33	75.39
46	108.54	111.97	114.45	116.94	119.44	121.92	124.40
51	147.73	154.45	159.33	164.22	169.10	174.00	178.88
56	178.95	188.04	194.64	201.25	207.87	214.46	221.08
61	212.19	222.96	230.80	238.64	246.46	254.31	262.14
66	257.57	269.95	278.96	287.96	296.96	305.96	314.96
71	292.94	306.28	315.95	325.65	335.34	345.03	354.72
76	314.73	328.76	338.97	349.18	359.38	369.60	379.82
81+	318.64	331.84	341.43	351.02	360.61	370.22	379.82

הסכומים בטבלאות צמודים למדד המחירים לצרכן האחרון שהיה ידוע 15.12.2023 ומדד הבסיס של הפוליסה יהיה זה שפורסם ביום 1.1.2024. בגילאי 18-0 הביטוח הסיעודי ניתן ללא עלות.

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

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

פירוט ממצאים חיוביים

- הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לוותר 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.
- 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 אותו 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 שנתפתח 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.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- אני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שייגיע 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- במידה והנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח - 1998: "אדם עם לקות פיסית, 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.

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

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

אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון 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.

מידע אישי

מידע אישי אודותיך יעובד במאגר בשליטת מנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ("מנורה") לצורך התקשרות וטיפול בביטוחים ובחשבוניות במוצרים הפנסיוניים והפנינסיים שלך ובכל העניינים הקשורים לאלה, לרבות בכלים מתקדמים, לצורך מתן השירות ושיפורו, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים; וכן לצורכי שיווק (כולל דיור ישיר) אלא אם ביקשת אחרת לעניין זה מקום שהדין מאפשר זאת. המידע עשוי לעבור לספקים ולצדדים שלישיים לצורך מימוש המטרות לעיל ובכפוף להוראות הדין. ברוב המקרים אין חובה חוקית למסור את המידע אך בלעדיו לא נוכל לספק לך את השירות/המוצר המבוקש. לפרטים על זכויותיך לעיון ותיקון מידע אישי ולדרכי פנייה לממונה על הגנת הפרטיות, מצורף קישור למדיניות הפרטיות <https://www.menoramivt.co.il/general/privacy-policy>

☐ מוסכם עלי לקבל דברי פרסום ממנורה מבטחים ביטוח ומנורה מבטחים פנסיה וגמל ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp, וגם שמידע רלוונטי אודותיי יועבר לחברות אחרות בקבוצת מנורה מבטחים* לשם קבלת דברי פרסום והצעות ביחס למוצריון ו/או שירותיהן, כולל אלו המותאמות לי אישית, לרבות ב-SMS, דואר אלקטרוני ו-WhatsApp.

* לרבות שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.א.ה.אן ישראל בע"מ וחברות אחרות בקבוצה.

אי סימון "V" אין משמעו סירוב לקבלת דברי פרסום אם כבר הסכמת לקבלן בעבר ובמקרה כזה העדפותיך לגבי דברי פרסום שרשומות אצלנו יישמרו. ניתן לשנות את העדפות אלו בכל עת ב- [/https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval](https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval)

☐ אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת המייל שמסרתי.

	✕	✕
תאריך	חתימת המועמד הראשי לביטוח	חתימת בן/בת זוג:
✕	✕	✕
חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):	חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):	חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):
✕	✕	✕
חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):	חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):	חתימת ילד בוגר (מעל גיל 18):