

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הטכניון - סגל מנהלי ובני משפחותיהם
ללא הצהרת בריאות (ילד בוגר ובני משפחות)**

טופס זה מיועד לחלון

- ילד בוגר ובני משפחתו המצטרפים לביטוח עד ליום 31.8.2018 .
- ילד בוגר ובני משפחתו המצטרפים לרובד הבסיס ו/או ההרחבות תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד (עובד חדש) אצל בעל הפוליסה.
- צירוף תינוק חדש שנולד לילד בוגר, תוך 90 יום מיום הלידה.
- צירוף בן/בת זוג חדש של ילד בוגר המצטרף/ת תוך 90 יום מיום הנישואין.

האם את/ה תושב/ת קבע בישראל? כן / לא
האם את/ה חברה/ה בקופ"ח בישראל? כן / לא

עובד/ת

גמלאית

שם העובד/גמלאי _____ ת.ז. _____
(גא הקף): הטכניון/ מוסד הטכניון / בי"ס להנדסאים / סילנטיס / אקסלטה
תאריך תחילת זכאות: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח																								
הרחבה 2	הרחבה 1 מסלול ביטוח ניתוחים		בסיס	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות																
	רופא בהסכם	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח						אמבולטורי כ. שירות ר. משלימה																
				נ / ז	/ /																		ילד/ה בוגר/ת	
				נ / ז	/ /																			בן/בת זוג
				נ / ז	/ /																			ילד/ה עד גיל 25
				נ / ז	/ /																			ילד/ה עד גיל 25
				נ / ז	/ /																			ילד/ה עד גיל 25
				נ / ז	/ /																			ילד/ה עד גיל 25

*רובד בסיס: השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל, התייעצויות, החזר הוצאות באירוע מחלה קשה
הרחבה 1: ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל מסלול רופא בהסכם או מסלול שב"ן.
הרחבה 2: שירותים אמבולטוריים, כתב שירות רפואה משלימה

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
ילד /ה בוגר/ת			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון בעבודה:	טלפון נייד:	
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה): @			
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ והפניקס גמול פנסיה בע"מ:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. *לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.			

מינוי מוטבים למקרה מוות															
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות										מין	קירבה	% חלקים	
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		
													נ / ז		

תאריך תחילת הביטוח

תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח או אישור המבוטח לתנאי חיתום של המבטח; ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

משלים שב"ן – גילוי נאות + הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

- א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופת החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יציין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי שחברותי זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן".
הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על הצהרה בשמם כאפוטרופוס/ית טבעית.

הצהרת המועמדים לביטוח

הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.
כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותי וכן כל מידע שייצבר אודותי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, ניהול, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה"- הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.
ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
ידוע לי כי המעסיק מממן פרמיה עבור העובד בלבד לרובד הבסיס ללא גילום המס.
*עובדי מחקר של מוסד הטכניון ואו גמלאית - מימון רובד הבסיס הינו של המבוטח באמצעי גביה אישי.
ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבור הרחבות עבורי ותשלום עבור בני משפחתי ישולם באמצעי גביה אישי המצורף מטה.

שם מבוטח/ת ראשית	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם ילד/ה בוגרת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם בן/ת הזוג	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	
שם מועמד/ת נוסף מעל גיל 18	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
שם מועמד/ת נוסף מעל גיל 18	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

טופס הצטרפות יש להעביר לסוכנות הביטוח "מדנס"
טלפון: 03-6380206 מייל: Technion@madan.es

