

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הטכניון - סגל מנהלי ובני משפחותיהם
ללא הצהרת בריאות**

טופס זה מיועד ל:

- עובד/ת ובני משפחתו/ה (בן/בת זוג וילד עד גיל 25) המצטרפים לביטוח עד ליום 31.8.2018 .
- עובד/ת חדשה/ה ובני משפחתו/ה (בן/בת זוג וילד עד גיל 25) המצטרפים לרובד הבסיס ו/או ההרחבות תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו/ה של העובד/ת אצל בעל הפוליסה.
- צירוף תינוק חדש שנולד לעובד/ת, תוך 90 יום מיום הלידה.
- צירוף בן/בת זוג חדש של עובד/ת המצטרף/ת תוך 90 יום מיום הנישואין.
- מעבר עובד ובני משפחתו המבוטחים בפוליסת העובדים – למעמד מבוטח גמלאי.

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

עובד/ת

גמלאית

מעבר עובד/ת מבוטח/ת ל – גמלאית

(נא הקף): הטכניון/ מוסד הטכניון / בי"ס להנדסאים / סילנטיס / אקסלתא / עובדי מחקר
תאריך תחילת זכאות: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח																				
הרחבה 2	הרחבה 1		בסיס	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות												
	מסלול כיסוי ניתוחים	רופא בהסכם						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
אמבולטורי כ. שירות ר. משלימה	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח	רופא בהסכם		נ / ז	/ /															
				נ / ז	/ /															
				נ / ז	/ /															
				נ / ז	/ /															
				נ / ז	/ /															
				נ / ז	/ /															

*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:
ראשית/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																	
מועמד/ת	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות										מין	קירבה	% חלקים		
ראשית/ת															נ / ז		
															נ / ז		
															נ / ז		
															נ / ז		
בן/בת זוג															נ / ז		
															נ / ז		

תאריך תחילת הביטוח

תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח או אישור המבטוח 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 המבטח 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, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבטח 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/ 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 חותם/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

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 אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי 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 ו/או גמלאי/ת- מימון רובד הבסיס הינו של המבטח באמצעי גביה אישי.
ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבור הרחבות עבורי ותשלום עבור בני משפחתי ישולם באמצעי גביה אישי המצורף מטה.

שם מועמד/ת ראשי/ת	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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דינרס / אחר

מספר כרטיס:

תוקף הכרטיס עד	
----------------	--

שם בעלת הכרטיס _____ מס' זהות _____ חתימת בעלת הכרטיס _____ X

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הרשאה לחיוב חשבון – תנאי הסדר תשלומים

1. בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "פניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבוך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
2. אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
3. ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
4. החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכום הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום. בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך:

מספר חשבון בנק				1	1	6
בנק	סניף	סוג חשבון	שם המוסד (המוטב)	קוד המוסד (המוטב)		
			אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)			

לכבוד

בנק _____

סניף

_____ ("הבנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב: _____ ₪

מועד פקיעת תוקף ההרשאה _____ / _____ / _____

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ

מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק

1. מבקשים/ים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/ מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ח. הבנק רשאי להוציא/ו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
3. אני/אנו מסכימים/ים שבקשה זו תגוש לבנק ע"י המוטב.

_____ X

חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "פניקס חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון _____ X

אישור הסוכנות

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

תאריך	שם הסוכנות	מס' הסוכנות	חתימה + חותמת סוכנות/ות
_____ / _____ / _____	_____	_____	_____ X

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנות, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

אישור הבנק

לכבוד			
פניקס חברה לביטוח בע"מ			
ת.ד. 2533 תל אביב 61253			
מספר חשבון בנק			
1	1	6	
קוד המוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	בנק

קבלנו הוראות מ _____ לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם 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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	שם הבנק	מספר סניף	חתימה וחותמת הבנק
_____	_____	_____	_____ X