

סגל אקדמי אונ' בן גוריון - טופס הצטרפות לביטוח בריאות

הכולל: השתלות, טיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל, כיסוי מורחב לניתוחים על בסיס פרנציזה, טיפול תרופתי מיוחד, נספח אמבולטורי, נספח אמבולטורי בעת גילוי מחלה קשה, כתב שירות – ביקור רופא ועזרה למקרה ניתוח

אופן הצטרפות כולל הצהרת בריאות מיועד:

לעובדים קיימים - עובדים עד גיל 70 ובני משפחותיהם אשר לא הצטרפו לביטוח ו/או ביטלו את הביטוח ומעוניינים לחדשו מחויבים במילוי הצהרת בריאות. רק לאחר קבלת אישור מהמבטח ייכנס הביטוח לתוקפו.

לעובדים חדשים – עובדים חדשים עד גיל 70 ובני המשפחה (בן/ת זוג עד גיל 70, ילדים בני/בנות זוגם ונכדים) – יוכלו להצטרף בחלוף 90 יום ממועד תחילת עבודתם בכפוף במילוי הצהרות בריאות וחיתום.

פרטי העובד/ת עד גיל 70

שם משפחה		שם פרטי		ת. זהות		תאריך תחילת עבודה	
כתובת	דוא"ל	טלפון	תאריך לידה	גובה	משקל	מין	ז / נ

בן/בת זוג עד גיל 70

שם בן/בת הזוג		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל		מין	
										ז / נ	

בני משפחת העובד - ילדים / בני זוגם / נכדים (נא הקף בעיגול את בחירתך)

הקרבה	שם	ת. זהות	ת. לידה	גובה	משקל	מין
1.						ז / נ
2.						ז / נ
3.						ז / נ
4.						ז / נ
5.						ז / נ
8.						ז / נ
9.						ז / נ
10.						ז / נ

הצהרות

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו בביטוח בריאות קבוצתי לחברי הסגל האקדמי ובני משפחותיהם כמפורט לעיל. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה מקרי ביטוח הנובעים ממצב רפואי קודם עפ"י תנאי וחריגי הביטוח.

אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.

אני מאשר כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה, וזאת עבורי ועבור בני משפחתי ככל שהם מצטרפים לביטוח.

ידוע לי ואני מסכים כי מידע הנוגע אליי, לרבות מידע רפואי ודיווחים, יועבר אל/מאת חברת הביטוח באמצעות חבר/ת הסגל האקדמי באוני' בן גוריון.

חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה: (במקרה של צרוף נכדים עד גיל 18 נדרשת חתימת הוריהם)

_____	חתימת העובד/ת	_____	תאריך
_____	חתימת בן/בת זוג	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך

**לכבוד
אוני' בן גוריון
לידי מחלקת שכר**

הרשאה לחיוב השכר

בחתימתי על מסמך זה הריני מתחייב/ת כספית כלפי אוניברסיטת בן גוריון ומורה לה לנכות ממשכורתתי ולהעביר מדי חודש בחודשו את דמי ביטוח רפואי עבור בני משפחתי אשר שמם מצוין לעיל, בתשלומים רצופים צמודים למדד, לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שסוכמו בהסכם בין כלל ביטוח לבין אוניברסיטת בן גוריון, ולשלם הניכויים הללו ל"כלל חברה לביטוח בע"מ".

הוראה זו תשאר בתוקף כל עוד לא נתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכמו בהסכם שבין

"כלל חברה לביטוח בע"מ" לבין אוניברסיטת בן גוריון.

חתימה	ת.זהות								שם פרטי	שם משפחה		

								האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר?	17	האם הינך צורך/ת אלכוהול או צרכת בעבר?
--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------	----	---------------------------------------

פירוט:

חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה: (במקרה צרוף נכדים עד גיל 18 נדרשת חתימת הוריהם)

_____	חתימת העובד/ת	_____	תאריך
_____	חתימת בן/בת זוג	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה בן/ת זוג או נכד/ה	_____	תאריך