

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	נ / ז

בן/בת זוג עד גיל 70

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

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

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

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 ישמשו 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 זכויותיי 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 ממשכורת ו/או להעביר מדי חודש בחודשו את דמי ביטוח רפואי עבור בני משפחתי אשר שמם מצוין לעיל, בתשלומים רצופים צמודים למדד, לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שסוכם 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 שסוכם בהסכם שבין "כלל חברה לביטוח בע"מ" לבין אוניברסיטת בן גוריון.

_____	_____	_____	_____
חתימה	ת.זהות	שם פרטי	שם משפחה

**הצהרת בריאות לביטוח בריאות
לילדי/ נכדי עובדי/ות אונ' בן גוריון**

הצהרת הבריאות חלה על המועמדים לביטוח המצטרפים בתום חלון ההזדמנויות 90 (יום ממועד תחילת החברות בסגל), אם אחת או יותר מהתשובות חיובית, נא לציין במי מדובר ולצרף מסמכים רפואיים עדכניים על מנת לאפשר חיתום מהיר. (אם חסר מקום לפירוט הבעיות הרפואיות, יש לפרט בדף נוסף ולצרף לטופס זה)

שם המועמד לביטוח								
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות הקירבה:								
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
								1. מחלות מערכת העצבים והמוח: לרבות אירוע מוחי, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות, שיתוק, סחרחורת, התעלפויות, טרשת נפוצה ירידה בזיכרון.
								2. מחלת ריאות.
								3. מחלות לב וכלי דם: לרבות התקף לב, כאבים בחזה, הפרעות בקצב הלב, אי ספיקת לב, פגם במסתמי הלב, יתר לחץ דם.
								4. מחלות דרכי העיכול: מחלת כבד, צהבת, הפטיטיס, מחלה כרונית או דימום במערכת העיכול, מחלת טחול או לבלב.
								5. מחלות כליות ודרכי השתן: לרבות דם, חלבון או סוכר בשתן.
								6. מחלות חילוף חומרים ומערכת החיסון: לרבות סוכרת, אנמיה (חוסר דם), שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים) בדם, בעיות בקרישת דם, איידס.
								7. מחלות ממאירות: מחלה ממארת (סרטן).
								8. מחלות מערכת השלד והשרירים: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים, עצמות או שרירים, מחלות או ליקויים בעמוד השדרה, פריצת דיסק, מפרק ירך, ברך, קרסול, קטיעה.
								9. מחלות עיניים, אזניים, נשימה: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה ניכר, ליקויי שמיעה, דום נשימה בשינה.
								10. מומים ונכויות: לרבות מום מולד או תאונתי, אוטיזם, הפרעות קשב, נכות ו/או גמלה מביטוח לאומי?
								11. האם בוצעו כל החיסונים על פי דרישת משרד הבריאות?
								12. תרופות וטיפולים: האם הינך נוטל/ת ו/או נטלת תרופות ו/או מקבל/ת ו/או קיבלת טיפול רפואי, באופן קבוע ולגבי מחלות ו/או הפרעות שלא פורטו באחת השאלות בטבלה זו?
								13. האם את/ה מוגבל/ת בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתרחץ, ללכת ולתפקד ללא עזרה? האם סבלת או הינך סובל/ת מתשישות נפש או אלצהיימר? האם את/ה מקבל/ת ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי?
								14. אשפוזים וניתוחים: האם אושפזת ו/או נותחת או הומלך לך לעבור ניתוח?
								15. בדיקות: האם עברת בדיקות (פרט לשגרתיות) לרבות בדיקות לגילוי סרטן, מיפוי לב, צנתור, MRI, CT, ביופסיה?
								16. הרגלי עישון: האם הינך מעשן? אם כן, _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים.
								17. האם הינך צורך/ת אלכוהול או צרכת בעבר? האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר?

פירוט:

חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה: (במקרה צורך 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

נספח השלמת פרטי התקשרות למועמדים לביטוח

חובה למלא את הפרטים הבאים עבור בן/בת זוג של העובד וכן עבור בני משפחה נוספים בגילאים 25 ומעלה

				שם המועמד:
טלפון	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

הבהרה למועמדים לביטוח:

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות: לרבות טופס גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דיווח שנתי, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף ומסמכים הנדרשים על פי דין, ביחס לכל פוליסות הבריאות של כל המועמדים בחטיבת הבריאות:

- מסמכים אלו יישלחו באמצעות מסרון לטלפון הנייד, או לדואר האלקטרוני (ככל וברשות חברת הביטוח מצויים הפרטים הנדרשים), אחרת יישלחו לכתובת המגורים שצויינה בטופס ההצטרפות.
- ניתן לשנות את אופן המשלוח, בכל עת, בפנייה למוקד השירות של כלל בטלפון 5590* או באתר האישי.
- הפרטים האישיים שמסרתי כמפורט לעיל (מספר טלפון נייד ו/או מספר טלפון נייד ו/או כתובת דואר אלקטרוני), יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל עבור כל המוצרים הקיימים לי בקבוצה וישמשו לפניות אליי.

חתימת המועמד הראשי לביטוח:

שם המבוטח _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____