

הסגל האקדמי אונ' בן גוריון - טופס הצטרפות לביטוח בריאות

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

אופן הצטרפות -

עובדים חדשים - עובדים חדשים עד גיל 70 ובני המשפחה (בן/ת זוג עד גיל 70, ילדים בני/בנות זוגם ונכדים) - יוכלו להצטרף במהלך 90 יום ממועד תחילת עבודתם ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום.

פרטי העובד/ת עד גיל 70

שם משפחה	שם פרטי	תאריך תחילת עבודה	תעודת זהות
ישוב	רחוב ומספר	מיקוד	דוא"ל
טלפון נייד			
קופת חולים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____		ז' / נ
קופת חולים	משלים קופת חולים	תאריך לידה	מין

בן/בת זוג עד גיל 70

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

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





	שם	ת. זהות	ת. לידה	מין	
.1				ז' / נ	
.2				ז' / נ	
.3				ז' / נ	
.4				ז' / נ	
5				ז' / נ	
6				ז' / נ	
7				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 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 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 חברת הסגל האקדמי באוני' בן גוריון.

חתימות העובד/ת ובני המשפחה המצטרפים להסכם שגילם 18 ומעלה

(במקרה של צורך נכדים עד גיל 18 נדרשת חתימת הוריהם)

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

**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 ולעביר 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.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.הות	חתימה

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 נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

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

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

				שם המועמד:
טלפון נייד	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
