

**טופס הצערת בריותון קבוצתי לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחותיהם
לא הצהרת בריותון**

אם אתה תושב קבוע בישראל כן / לא
אם אתה חבר בקופה"ח בישראל כן / לא

- טופס זה מיועד לך / חבר חדש ובני משפחותיו (בן/ת זוג וילדים) המציגים תוך 90 ימים תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה.
- תינוק חדש שנולד לעבודה / חבר המציג תוך 120 ימים מיום הלידה.
- בנת זוג חדש של העובד / חבר המציג תוך 120 ימים מיום הנישואין.

פרטי המועמדים לביטוח						
שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר זהות	כתובת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל	ניתוחים שב"ן
						עובד/ת
						בן/בת זוג
						ילד עד גיל 26
						ילד עד גיל 26
						ילד עד גיל 26
						ילד עד גיל 26
						ילד עד גיל 26
						ילד מעיל גיל 26
						ילד עד גיל 26

ילד עד גיל 26 – מילד שלישי ואילך חינם. מובהר כי כל החינם משלים. הרכבת תכנית הבטוח הקבוצתית: השתלים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שכן יכולות בסל הבריאות, ניתוחים באמצעות נזון שירות שהוסכם וטיפולים מחייבי ניתוח פרט"י בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ש"ן, ניתוחים בחו"ל, שירותי אמבולוטוריים בישראל והטייענות בקרה של מחלת קשה. קיימת חלופה למסלול 2- ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית של 3,000 ש"ן.

טלפון בביתה:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	כתובת דואר ייד:	מספר בית:	רחוב:	בן/בת זוג וילדים:	מספר:	שם קופת חולים:	מספר סופרים	עובד/ת
--------------	-------------	----------------------	-----------------	-----------	-------	-------------------	-------	----------------	-------------	--------

תאריך תחילת הביטוח	תkichlat betoch taha le-pi ma'oz ha-mu'adim ha-baim: kibul ha-heshta la-betoch ul id ha-mabtach; vomekol mokom la-afni mu'ad ha-chatima ul ha-heshta le-betoch.
--------------------	---

פרטים לצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגיןים והסכמה לקבלת מסמכים דו-וועדי באמצעות פרטי הקשר	כתובת דואר ישראל- חובה למלא					
	רחוב	מספר בית	יישוב	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	שם (שם פרטי ושם משפחה)
עובד/ת						[] דואר ישראל e-mail
מעומד לביטוח בגין שני						[] דואר ישראל e-mail
מעומד לביטוח בגין שלישי						[] דואר ישראל e-mail
מעומד לביטוח בגין רביעי						[] דואר ישראל e-mail
מעומד לביטוח בגין חמישי						[] דואר ישראל e-mail

שם המשפחה	שם פרטי	מו"ת תעודה זהות	מין	קירבה	% חלקים
ז / נ					
ז / נ					

הסכם לקבלת פניה בקווי תקשורת
הנני מסכימים כי המידע אודוטי ישמש את חברות הקבוצה / או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיוק וידור ישר מטעם חברות הקבוצה / או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חישAGOוטמי, פקסימליה, דואר אלקטרוני והודעות מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת יכול לחזור בי מההסכם זו ולבקש הסרה מרישמת התפוצה באמצעות פניה למוקד קשי הלקוחות של החברה. לא סמן את בחירתך: מסכים לא מסכים

- משלים שב"ן – גלי נאות**
א. הcisוי בגין רתווחים על פי הפוליס מהויה ביטוח משלים, אשר על פי ישולם לתגמול ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליס, שהם מעיל ומעיל להשתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בתקציב החולים). לעומת זאת המבetta ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של תשלום המכוסה על פי הפוליס להוצאה המגבוטה מהשב"ן וח晤ת חווים לימוש ציכוי על פי השב"ן ועד לתקירה הקבועה בפוליס.
ב. למימוש cisוי בגין תונכית זו נמכרים מדמי הביטוח בגין תונכית בעלת cisוי ביטוח מ"שקל הראשון" (תוכנית אשר מתגמל הביטוח מושלים בה ללא דמי הביטוח בגין תונכית המגבוטה מהשב"ן) נא למימוש ציכוי על פי השב"ן וכן למימוש ציכוי על פי הפוליס.
ג. דמי הביטוח בגין תונכית המגבוטה מהשב"ן נא למימוש ציכוי על פי השב"ן וכן למימוש ציכוי על פי הפוליס.
ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יצאנו בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן או מהמועד בו "כנס הגבולות לתוקף", לפי המועד מבין שמי המועדים. 60 ימים ממועד הדעתה קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו "כנס הגבולות לתוקף", לפי המועד מבין שמי המועדים.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"
 אני מאשר/ה בדאת כי הנני אדרה/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי לחברות זו הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת cisוי "משלים שב"ן".
הזהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם/ת על הזהרה בשם שם אפוטרופוס/ית טבעי.

- הצהרת המועמדים לביטוח**
1. הנני מאשר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח / או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהתאם מלאה ולא מתוק חובה חוקית כלשהי.
2. ידוע לי ואני מכירים כי המידע האמור אודוטי וכן כל מידע שייצבר אודוטי בעתיד בגין הקשור לפוליס שומר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלנו ואו חברות מהקבוצה / או אצל גורם אחר מטעמה, אשר תעשה במידיע שימוש לצרכיה לרבות, ניהול, הפחת פוליסות ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלויים מהפקת הפוליס והקשריות אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עבודה המידע, צרכיהם אקטוארים ועסקיים / או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה – "הפניקס אחזקות בע"מ", חברות הבת וכן כל החברות והאגפים שהפניקס אחזקות בע"מ / 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 דוירום בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפטוריות התשמ"א – 1981.
3. הנני מאשר כי המידע הכלול בתוספו זה וכל מידע נוסף שימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכםתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע שומר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה / או אצל גורם אחר מטעמה ומשמש לצורך יהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עבודה המידע, צרכיהם אקטוארים ועסקיים / או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין). "הקבוצה" – האדרת הקבוצה בתוספו זה תכלול את הפיקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והאגפים שהפניקס אחזקות בע"מ / או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.
4. ידוע לי כי פרט הרהתקשרות (דוא"ל / או טלפון ניד) שצניתי בתוספו זה יעדכנו עבורי כל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשויות בקבוצה.
5. אני מאשר/ה כי הוצע לי לכנס cisוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. אני החתום/ה מטה מבקשת לאציגך לביטוח הבריות הקבוצתי של המסייע.
7. ידוע לי כי המסייע מממן פרמיה עבורי בלבד לא כולל גילום מס.
8. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי בגין משפחתי יונכה באמצעות השכר (מערכת מל"מ).

X		תאריך
חתימה	שם מועמד ראשי	
X	שם מועמד לביטוח בוגר שני	תאריך
חתימה	שם מועמד לביטוח בוגר שלישי	תאריך
X	שם מועמד לביטוח בוגר רביעי	תאריך
חתימה	שם מועמד לביטוח בוגר חמישי	תאריך