טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון הסגל אקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחותיהם
כולל הצהרת בריאות

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא
האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא

טופס זה מיועד ל:

- **עובד / חבר קיים המועסק על ידי בעל הפוליסה המצטרף לביטוח.**
- **עובד / חבר חדש המצטרפים לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה.**
- **בני משפחתו (בן/ת זוג וילדים) של עובד / חבר קיים המצטרפים לביטוח.**
- **תינוק חדש שנולד לעובד / חבר המצטרף לאחר 120 יום מיום הלידה.**
- **בן/בת זוג חדש של עובד / חבר המצטרף/ת לאחר 120 יום מיום הנישואין.**
- **מבוטח שהפסיק את הביטוח ומבקש לחזור לביטוח.**

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח	מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל	
						ניתוחים עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪	ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪
עובד/ת				/ /	ז / נ	V	
בן/בת זוג				/ /	ז / נ	V	
ילד עד גיל 26				/ /	ז / נ	V	
ילד עד גיל 26				/ /	ז / נ	V	
*ילד עד גיל 26				/ /	ז / נ	V	
*ילד עד גיל 26				/ /	ז / נ	V	
ילד מעל גיל 26				/ /	ז / נ	V	
ילד מעל גיל 26				/ /	ז / נ	V	

*ילד עד גיל 26 – מילד שלישי ואילך חינם. מובהר כי כל הנכדים משלמים.
הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪,ניתוחים בחו"ל, שירותים אמבולטוריים בישראל והתייעצות במקרה של מחלה קשה. קיימת חלופה למסלול 2- ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪.

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
עובד/ת			
בן/בת זוג וילדים			

רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	@

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):

- מועד קבלת ההצעה במשרדי המבטחת כולל הצהרת בריאות.
- מועד בו בוצע קיבול וחיתום על ידי המבטחת.
- מועד בו בוצע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח על ידי המבטחת.

פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ.
ככל שלא תבחר האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל- ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד- ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).
בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.
לתשומת לבך- ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות 3455*.

	כתובת דואר ישראל- חובה למלא				טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד			
עובד/ת							[ ] e-mail [ ] דואר ישראל
מועמד לביטוח בגיר שני							[ ] e-mail [ ] דואר ישראל
מועמד לביטוח בגיר שלישי							[ ] e-mail [ ] דואר ישראל
מועמד לביטוח בגיר רביעי							[ ] e-mail [ ] דואר ישראל
מועמד לביטוח בגיר חמישי							[ ] e-mail

מהדורת ינואר 2019

								[ ] דואר ישראל

במקרים בהם המועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות

בכל מקרה של תשובה חיובית באחת השאלות יש למסור פרטים מלאים ולמלא שאלון נוסף

שאלון הצהרת בריאות **אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:**		מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1.	**גובה (בס"מ)** **משקל (בק"ג)** **האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה? נא ציין סיבות ולמי?** **לילדים עד גיל 16** (במקום פרטי גובה ומשקל) האם הייתה התייעצות עם רופא ו/או אחות ו/או דיאטנית לגבי משקל, השמנה, רזון?												
2.	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות בחמש השנים האחרונות (**לרבות:** צנתור, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, ציסטוסקופיה), ו/או בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרה סאונד) אקו לב, מיפוי לב, מיפוי עצמות, ארגומטריה, דופלר? **(נא לפרט סוגי הבדיקה והתוצאות. אם יש עותק של התוצאות נא לצרף)**												
3.	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות?												
4.	האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד (לרבות ניתוח קוסמטי) ו/או השתלת איבר בעשר השנים האחרונות? (נא לציין סיבת אשפוז ולצרף דו"ח אשפוז אם קיים)**(נא לציין פרטים ותאריך. נא לצרף דו"ח ניתוח אם קיים)**												
5.	האם הנך נוטל תרופות שנרשמו לך על ידי רופא ו/או נטלת ו/או הומלץ לך על ידי רופא ליטול תרופות לתקופה העולה על שלושה שבועות בשנה האחרונה או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? (**נא לפרט שם תרופה ומינון**)												
6.	האם נקבעה לך נכות (מה דרגתה?) ו/או הנך בתהליך קביעת נכות ו/או הגשת תביעת נכות לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות (לרבות נכות ממחלה)? האם נפצעת בתאונה בשנתיים האחרונות שהמעקב והטיפול בה עדיין לא הסתיימו?												
7.	א. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? כמות ליום _____מספר שנים_____ ב. אם הפסקת לעשן ציין **בנוסף** גם מתי הייתה הפסקת העישון _____ **לילדים מגיל 16 בלבד**												
8.	**האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים :**												
8.1	מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם (בעשר השנים האחרונות), מומי לב מולדים?												
8.2	מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, כאבי ראש כרוניים.												
8.3	מחלות מערכת העיכול, ,ושט, תרסריון, קיבה מעיים ,כבד, כיס המרה?												
8.4	מחלות והפרעות במערכות ההפרשה הפנימית, לבלב-פנקריאס, בלוטת התריס (תירואיד), חילוף חומרים, סוכרת, הזעת יתר, הפרעות הורמונלית?												
8.5	מחלות עיניים והפרעות בראייה, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטריות?												
8.6	מחלות והפרעות במערכות אף, אוזן, גרון, דום נשימה(האם נעשתה בדיקה במעבדת שינה לבדיקת הפרעות שינה/ נחירות)? סטיות במחיצת האף, הפרעות שמיעה?												
8.7	מחלות/ כאבים במערכת השלד, עמוד השדרה והמפרקים/ ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות?												
8.8	מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי, שחפת?												
8.9	מחלות והפרעות במערכת הכליות ודרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?												
8.10	מחלה ממארת (סרטן), גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה,: מלנומה, BCC?												
8.11	מחלות מערכת הדם, הפרעות בקרישת הדם ,קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?												
8.12	מחלות ותופעות בעור, כתמי לידה, שומות במעקב?												
8.13	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) ופגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס (לרבות נשאות נגיף האיידס HIV)?												
8.14	מחלות נפש, האם אבחנת או נשלחת לאבחון בחשד למחלות נפש? האם הופנית לפסיכיאטר ב-5 השנים האחרונות?												

הפניקס

המשך שאלון הצהרת בריאות אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה:		מועמד ראשי כן	מועמד ראשי לא	מועמד משני כן	מועמד משני לא	ילד 1 כן	ילד 1 לא	ילד 2 כן	ילד 2 לא	ילד 3 כן	ילד 3 לא	ילד 4 כן	ילד 4 לא
	8.15	**מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית** הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון? **לילדים עד גיל 16:** אשך טמיר, הפרעות במערכת המין, מום מולד? **מחלות והפרעות במערכת המין הנשית**, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון? האם הנך בהריון? באיזה שבוע? **לנערות עד גיל 16:** הפרעות מחזור, בעיות פריון, קונדילומה?												
	8.16	בקע/ הרניה (מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי)?											
.9		**היסטוריה משפחתית:** למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים ואחיות, בן/בת) שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סכרת, שבץ מוחי? (נא לציין קירבה ומחלה)												
בנוסף לשאלות לעיל:													
.10		**לילדים (עד גיל 18):** א. הפרעות התפתחות וגדילה? ב. האם יש מומים מולדים? ג. **בנוסף לילדים עד גיל 3** – האם נולד פג? במקרה וכן יש **לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל.**											

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה	מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא , אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

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

מינוי מוטבים למקרה מוות

	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קירבה	% חלקים
מועמד ראשי				ז / נ		
מועמד משני				ז / נ		

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת ,לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים ,פיננסים ואחרים ,וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי ,פקסימליה , דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר .ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

נא סמן את בחירתך: ☐ מסכים ☐ לא מסכים

משלים שב"ן – גילוי נאות

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 המבוטח 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 המבוטח 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.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

☐ **אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חבר/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע לי 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 כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

הצהרת המועמדים לביטוח

1. 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.
2. 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.
3. הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע . ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין.)"הקבוצה"- הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את 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.
4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. **אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.**
7. **ידוע לי כי המעסיק מממן פרמיה עבורי בלבד לא כולל גילום מס.**
8. **ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבור בני משפחתי ינוכה באמצעות השכר (מערכת מל"ם).**

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח,נותן\ת בזה רשות לקופ"ח ו\או לעובדיה הרפואיים האחרים ו\או למוסדותיה הרפואיים ו\או לסניפיה ו\או לשלטונות צה"ל ו\או למשטרה ,וכן לכל הרופאים ,המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו\או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ "ו\או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ,את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס" , על מצב בריאותי ו\או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו\או שהנני חולה בה כעת ו\או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו\או כל עובד רפואי אחר ו\או מוסד ממוסדותיכם ו\או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי" הפניקס "ולא תהינה לי אליכם ,כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל .כתב ויתור זה מחייב אותי את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי .החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס "ולסוכן הביטוח המטפל.

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

מהדורת ינואר 2019