

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי ארגון סגל ההוראה בטכניון ובני משפחותיהם
ללא הצהרת בריאות**

- טופס זה מיועד ל:
- חבר חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) המצטרפים תוך 120 יום מתחילת זכאותו של החבר.
 - תינוק חדש שנולד לחבר מבטוח המצטרף תוך 180 יום מיום הלידה.
 - בן/בת זוג חדש של חבר מבטוח המצטרף/ת תוך 120 יום מיום הנישואין.

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא
האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא
תאריך תחילת הזכאות: _____ / _____ / _____

פרטי המועמדים לביטוח							
מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	רובד** בסיס	רובד הרחבה - בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל	
						באמצעות נותן שירות שבהסכם	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
חברה			/ /	נ / ז			
בן/בת זוג			/ /	נ / ז			
ילד עד גיל 25			/ /	נ / ז			
ילד עד גיל 25			/ /	נ / ז			
ילד עד גיל 25			/ /	נ / ז			
*ילד עד גיל 25			/ /	נ / ז			
ילד מעל גיל 25			/ /	נ / ז			
ילד מעל גיל 25			/ /	נ / ז			

*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי ואילך חינם
**רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
***רובד הרחבה: ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או מסלול שב"ן, ניתוחים בחו"ל ושירותים אמבולטוריים. וכתב שירות רפואה משלמה.

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
חברה			
בן/בת זוג וילדים			
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	@

תאריך תחילת הביטוח
תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח; ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

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' 1-2018 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.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל- חובה למלא				
			רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	
e-mail [] [] דואר ישראל							חברה
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

מינוי מוטבים למקרה מוות									
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות						קירבה	% חלקים
מועמד ראשי								ז / נ	
מועמד משני								ז / נ	

שאלון ביטוחים קיימים (רלוונטי רק במקרים של שיווק יזום ביחס להוספת כיסויים לביטוח הקבוצתי והמועמד לביטוח עתיד לשאת בתשלום מלא או חלקי)
<p>כחלק מתהליך התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח, להלן מספר שאלות ביחס לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותך: האם יש ברשותך פוליסת ביטוח בריאות פרטית/קבוצתית תקפות מסוג _____ [סוג הכיסויים הנוספים/ההרחבות] ? [לא] [כן: פרט אלו כיסויים נוספים/הרחבות קיימות: _____]</p>

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת
<p>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, פקסימיליה, 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: <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים</p>

משלים שב"ן – גילוי נאות
<p>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.</p> <p>ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>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).</p> <p>ד. הביטוח כולל ברות ביטוח, יציין 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.</p>

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן
<p><input type="checkbox"/> אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חברה/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 בשםם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.</p>

הצהרת המועמדים לביטוח
<p>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.</p> <p>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 וזו 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.</p> <p>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 וזו 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.</p> <p>4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.</p> <p>5. אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.</p> <p>6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.</p> <p>7. ידוע לי כי המעסיק מממן פרמיה עבורי לרובד הבסיס בלבד.</p> <p>8. ידוע לי כי תשלום הפרמיה לרובד ההרחבה עבורי ולכלל הרבדים עבור בני משפחתי ינוכה באמצעי גביה אישי הצורף מטה.</p>

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

