

סוג מסמך: 2062, קולקטיב מרכז: 161763

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות: tofes@harel-ins.co.il
או באמצעות פקס: 03-7348315

פרטים והצטרפות, ניתן לפנות לאלדור ביטוח
טל: 04-8738881, נייד: 050-2269526 - דרוון שביט
שלוחה 2- נייד: 050-2699788 - נמרוד שביט

טופס הצטרפות לתכנית ביטוח הרפואי הקבוצתי של עובדי טאוור סמיקונדקטור

1. אני החתום/ה מטה מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ לצרף אותי ו/או את ילדיי עד גיל 26 לתוכנית א' של ביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי טאוור, עפ"י התנאים שבהסכם.

הריני לאשר את הצטרפותי ו/או צירוף ילדיי עד גיל 26 לתכנית א' של ביטוח הבריאות הייחודי בהראל חברה לביטוח בע"מ במסגרת מקום עבודתי.

ידוע לי, כי המעסיק מממן עבורי ועבור ילדיי עד גיל 26 את דמי הביטוח והנני מאשר לנכות משכרי את שווי המס בגין ההטבה.

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

2. פרטי המועמדים לביטוח - חובה למלא את כל הפרטים

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/נ)
עובד/ת				
ילד 1				
ילד 2				
ילד 3				
ילד 4				

3. פרטים נוספים

כתובת	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד
טלפון בבית	טלפון בעבודה	טלפון נייד		
<p>אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת הראל יישלחו לדואר האלקטרוני שלי. כמו כן, אני מסכים לקבל את הפוליסה וכל יתר המסמכים שעלי לקבל מחברת הראל במסגרת ביטוח הבריאות באמצעות הדואר האלקטרוני שלי.</p> <p>תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: _____</p>				
כתובת דואר אלקטרוני	@			

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה או למבוטח אפשרות להעביר אליי את המידע ו/או המסמך בדואר האלקטרוני לכתובת האי מייל האחרונה שנמסרה לכם. ידוע לי כי ייתכן ויישלח אליי החומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

4. חתימת העובד