

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי דלק ישראל ובני משפחתם – ללא הצהרת בריאות

טופס זה מיועד ל:

- עובד קיים/חדש המצטרף לרובד ההרחבה תוך 90 יום מהמועד הקובע לגבי עובד קיים או מתחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה לגבי עובד חדש.
 - בני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 או מעל גיל 25) של עובד חדש המצטרפים תוך 90 יום מתחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה.
 - בני משפחתו של עובד קיים (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 או מעל גיל 25) המצטרפים תוך 90 יום מהמועד הקובע.
 - תינוק שיצורף לביטוח תוך 90 ימים מיום לידתו.
- תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____

רובד הרחבה***		רובד בסיס** במימון מלא של המעסיק עבור עובד כולל גילום מס	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות														
בחירת מסלול ביטוח ניתוחים	מלא מהשקל הראשון						מסלול שב"ן כולל ברות ביטוח														
			נ / ז	/ /																	עובד/ת
			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 25 גיל
			נ / ז	/ /																	ילד מעל 25 גיל

*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי חינם.
 ** רובד בסיס-השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים אמבולטוריים וכתבי שירות.
 *** רובד הרחבה- ניתוחים בישראל (מלא או משלים שב"ן), טיפולי מחליפי ניתוח, ניתוחים בחו"ל, שירותים אמבולטוריים. ההצטרפות לרובד הרחבה מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס.

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 בעבודה:	טלפון נייד:	
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה): @			
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ והפניקס גמול פנסיה בע"מ:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
הריני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב – 1982:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.			

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):

תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח או אישור המבוטח לתנאי חיתום של המבטח; ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

מינוי מוטבים למקרה מוות								
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות				מין	קירבה	% חלקים
						ז / נ		
						נ / ז		
							עובד/ת	
							בן/בת זוג	

הצהרת המועמדים לביטוח

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.

כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותי וכן כל מידע שייצבר אודותי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות.

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.

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.

ידוע לי כי הפרמיה עבורי ממומנת במלואה עבור רובד הבסיס בלבד ע"י המעסיק כולל שווי המס.

אני מאשר כי הפרמיה עבורי בגין רובד הרחבה ועבור בני משפחתי תנוכה משכרי ועל חשבוני.

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. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות 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 המבוטחים למשלים שב"ן

אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.

אני מצהיר/ה בזאת כי הנני חבר/ה במסגרת השב"ן של קופ"ח בה אני חבר וכי ידוע שלי 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.

שם העובד/ת	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
		/ /	

את הטופס החתום נא לשלוח לאלדור סוכנות לביטוח, לידי דורון שביט בפקס: 04-8739995 או בכתובת doron@eldorins.co.il דוא"ל: 050-2269526 / 2 שלוחה 048738881 לברורים: 050-2269526