

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת בר אילן – סגל מנהלי ובני משפחתם
כולל הצהרת בריאות**

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

תאריך תחילת העבודה/הזכאות: / / **מס' תעודת זהות** / **מין** / **תאריך לידה** / **מסלול ביטוח** / **מס' עובד:**

רובד אמבולטורי	מסלול ביטוח				רובד בסיס	תאריך לידה	מין	מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	
	נספח א' לרובד הניתוחים	נספח ב' לרובד הניתוחים	נספח ג' - מחליפי ניתוח	רובד ניתוחים							
						/ /	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 גיל 25
						/ /	נ / ז				ילד מעל גיל 25

רובד הבסיס – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, התייעצות עם רופא מומחה במקרה גילוי מחלה קשה, כתב שירות ביקור רופא וכתב שרות ייעוץ תרופתי טלפוני
רובד הניתוחים – ניתוחים פרטיים בישראל ובחו"ל שעלותם מעל 9,000 ₪
נספח א' לרובד הניתוחים - ביטול השתתפות עצמית בסך 9,000 ₪ (על בסיס פרנצ'יזה) בניתוחים פרטיים בארץ ובחו"ל.
נספח ב' לרובד הניתוחים – ניתוחים במסלול משלים שב"ן (כולל ברות ביטוח)
נספח ג' - טיפולים מחליפי ניתוח
רובד אמבולטורי – שירותים אמבולטוריים ורפואה אלטרנטיבית

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

תאריך תחילת הביטוח (המאוחר מביניהם):
<ul style="list-style-type: none"> 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.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל - חובה למלא				
			מיקוד	ישוב	מס' בית	רחוב	
e-mail [] [] דואר ישראל							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 [] [] דואר ישראל							מועמד לביטוח בגיר שישי

הצהרת בריאות													
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													
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד משני		מועמד ראשי			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
													1. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח?
													2. האם הנך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות?
													3. האם הנך סובלת/ או סבלת ממחלה כלשהי, פציעה או נזק מתאונה?
													4. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות או בדיקות הדמיה או ניתוח כלשהו בעתיד?
													5. האם הנך סובלת/ או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, יתר לחץ דם, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, עודף שומנים בדם?
													6. האם הנך סובלת/ או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת-גידול סרטני, מחלות ריאה, אסטמה, עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים או חרשות, מחלות בדרכי העיכול, מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה, פרקינסון, הפרעות נפשיות?
													7. האם הנך סובלת/ או סבלת בעבר ממום מלידה, מחלה גנטית (תורשתית) או נכות (זמנית או קבועה)?
													8. האם הנך סובלת מבעיות גניקולוגיות?
													9. האם הנך סובלת/ ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס?
													10. האם הנך מעשן/ת או עישנת בעבר? אם כן כמה סיגריות ליום?
													11. האם הנך סובלת/ או סבלת מהפרעות רפואיות או מחלות נוספות שלא פורטו לעיל?

אם התשובה לאחת השאלות או יותר היא "כן", יש לפרט בנפרד.

שם הקופה: _____ האם ברשותך ביטוח משלים: כן / לא סניף: _____ שם רופא מטפל: _____

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

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

שאלון ביטוחים קיימים
(רלוונטי רק במקרים של שיווק יזום ביחס להוספת כיסויים לביטוח הקבוצתי והמועמד לביטוח עתיד לשאת בתשלום מלא או חלקי)
 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:

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, 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: 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 יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים.

הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן

אני מצהירה/ה בזאת כי הנני חברה/ 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 בשםם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

הצהרת המועמדים לביטוח

1. הנני מצהירה/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 הרבות, 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 מצהירה/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. הריני נותן הוראה בלתי חוזרת לנכות ממשכורתני ולהעביר מדי חודש פרמיה בגין ביטוח רפואי לי ולבני משפחתי אשר שמם צוין לעיל, בתשלומים רצופים וצמודים למדד על פי תנאי הפוליסה.

ייתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, בנותקת 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, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי הפניקס ו/או 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" ולסוכם הביטוח המטפל.

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