

**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
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	נ / ז			
			/ /	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 א 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' 1-1-2018 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					מין	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)**  
 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 אודותי 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, פיננסיים 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, 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.

**הצהרת המועמדים לביטוח למשלים שב"ן**  
 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 בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.

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

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	

**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

סוג הכרטיס: ויזה כ.א.ל. / ישראלכארט / לאומי קארד / אמריקן אקספרס / דייןרס / אחר

--	--	--	--

תוקף הכרטיס עד

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר כרטיס:

חתימת בעלת הכרטיס \_\_\_\_\_ X

מס' זהות \_\_\_\_\_

שם בעלת הכרטיס \_\_\_\_\_

**הסדר קבע לתשלום פרמיות בהתאם להסדר התשלומים – תנאי הסדר תשלומים**

- בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס החברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים. פעולת חיוב סכום זה בחשבונך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
- אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
- ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכוד בעת המצאת הודעת החברה לבנק. כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
- החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכום הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום. בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

תאריך: \_\_\_\_\_

**לכבוד**

בנק \_\_\_\_\_

סניף \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

 או -

 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

 תקרת סכום החיוב: \_\_\_\_\_ ₪

 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.**

1. אני/ו הח"מ

מס' זהות \_\_\_\_\_ ח.פ. \_\_\_\_\_ ("הלוקוח/ות") \_\_\_\_\_ X

**שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק**

מבקש/ים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2.

כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

א. על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/נו מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.

ג. אהיה/נוהיה רשאים/ם לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. אהיה/נוהיה רשאים/ם לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו/נו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו/נו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

3.

אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת בעל/י החשבון \_\_\_\_\_ X

חתימת הלוקוח/ות

**פרטי ההרשאה**

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן

חתימת בעל/י החשבון \_\_\_\_\_ X

תאריך \_\_\_\_\_

**אישור הסוכנות**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלוקוח \_\_\_\_\_ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רשיון נהיגה מס' \_\_\_\_\_, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

תאריך	שם הסוכנות	מס' הסוכנות	חתימה + חותמת סוכנות/ות
-------	------------	-------------	-------------------------

\* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנות, יש לצרף טופס צילום תעודת זהות של הלוקוח.

**אישור הבנק**
**לכבוד**

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

ת.ד. 2533 תל אביב 61253


קבלנו הוראות מ-\_\_\_\_\_ לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.
