

טופס צירוף בני משפחה לביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי לעובדי בזק

מס' קולקטיב	166017
מס' משרד	

טופס זה מיועד ל:

- עובד/ת מבוטח/ת המבקש/ת לצרף את בני משפחתו/ה (בן/בת זוג וילדים) במהלך תקופת הביטוח.
- עובד/ת מבוטח/ת המבקש/ת לצרף את בני משפחתו/ה (בן/בת זוג וילדים) עבור 90 יום ממועד זכאותו.

תאריך תחילת עבודה: ____ / ____ / ____

פרטי המועמדים לביטוח							
מסלול ביטוח ניתוחים משלים שב"ן כולל ברות ביטוח	מלא מהשקל הראשון	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	
		נ / ז	/ /				מבוטח ראשי (עובד/ת)
		נ / ז	/ /				בן/בת זוג
		נ / ז	/ /				ילד/ה עד גיל 21 1
		נ / ז	/ /				2
		נ / ז	/ /				3
		נ / ז	/ /				4
		נ / ז	/ /				5
		נ / ז	/ /				6
שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:				סניף	שם קופת חולים	פרטים נוספים	
						עובד/ת	
						בן/בת זוג וילדים	

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
טלפון בבית	טלפון בעבודה	טלפון נייד	
@			
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה)			

הצהרת המועמדים לביטוח

הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שייסר 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 ייסר 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 לצרף את בני משפחתי לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.

אני מאשר כי הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי תנוכה משכרי.

תאריך תחילת הביטוח

- מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות.
- מועד בו בוצע חיתום וקיבול ע"י המבטח.
- מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי קבלה לביטוח ע"י המבוטח.

שם העובדת	ת.ז.	תאריך	חתימה
			<input checked="" type="checkbox"/>

א. אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזאת כי:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטח") וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 3. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.

ב. לתשומת הלב: בביטוח זה קיימים סייגים לגבי מצב רפואי שקדם לעריכת הפוליסה. אנא קרא/י בעיון את תנאי הפוליסה. יובהר כי הקבלה לביטוח מותנית בחתימת הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לחברה המבטחת

ג. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ המבוטח נותן/ת בזאת רשות לקופת חולים 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 החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידה כמפורט בתיק הרפואי במסמכים אשר בידי מוסדות הרפואיים, לצורך בירור חבות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עפ"י הפוליסה לביטוח רפואי לעובדי בעל הפוליסה והנני משחרר/ת את המוסדות הרפואיים הנ"ל מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". כתב ויתור זה מחייב אותי ויחול גם על ילדי הקטינים ובאי כוחי החוקיים.

מינוי מוטבים למקרה מוות

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	קירבה	% חלקים
עובד/ת			נ / ז		
בן/בת זוג			נ / ז		

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 המבוטח למשלים שב"ן

אני מצהיר כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות הביטוח.
 אני מצהיר בזאת כי הנני חבר 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 ההצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעי/ת.

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.
 ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. כן לא

שם העובדת	ת.ז.	תאריך	חתימה
		/ /	<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת בריאות

נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כלשהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") יש לרשום את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו' (אין לרשום הערות בין השאלות).

מבוטח/ת ראשית		בן/בת הזוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
גובה בס"מ											
משקל (בק"ג)											
האם סבל או סובל מ - (נא סמן ב-X)											
1. אירוע מוחי - נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע? מחלה או מגבלה בעיניים?											
2. מחלת לב, כלי דם, מחלת דם, לחץ דם, שומנים בדם											
3. מחלת ריאות, אסטמה, הפרעות בקיבה, הפרעות או מחלות במערכת העיכול											
4. סוכרת, מחלת כבד, מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות) - נא צרף מכתב מהרופא המטפל											
5. מחלה הקשורה בכליות, מחלה הקשורה בדרכי השתן											
6. מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה, מחלת פרקים, אוסטיאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם											
7. מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו - נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות, מחלה ו/או תופעה כרונית כלשהי, מחלה תורשתית											
8. פיגור שכלי, מחלת מערכת העצבים, הפרעה התפתחותית, מחלת נפש, אפילפסיה											
9. האם עברת: ניתוח - נא צרף סיכום ניתוח, אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם הינך נמצא בטיפול רפואי תרופתי ו/או השגחה רפואית כלשהי?											
10. האם הינך סובל/ת מפציעה או נזק מתאונה?											
11. לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית? עברת לידה בניתוח קיסרי?											
12. האם הינך חולה במחלת ה-AIDS או בניגף ה-AIDS?											
13. האם הינך מעשן ו/או עישנת במהלך 5 השנים האחרונות? _____ סיגריות ליום											

פירוט ממצאים חיוביים

שם המבוטח	מס' השאלה	שנת האירוע	פרטים על המחלה מום וכו'	המצב כיום

חתימת המועמדים על הביטוח

שם	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי		/ /	
בן/בת זוג		/ /	
ילד מעל גיל 18		/ /	
ילד מעל גיל 18		/ /	

טופס אמצעי תשלום למילוי עבור בני משפחה שאינם משלמים משכר העובד

תשלום באמצעות כרטיס אשראי	
<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דייןרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר	
מס' כרטיס האשראי	תוקף
שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס	

תשלום באמצעות הוראת קבע	
לכבוד	בנק
סניף	סניף
מס' החשבון בבנק	27038
קוד בנק	קוד מוסד
סוג החשבון	קוד סניף
מיקוד	קוד בנק
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	
כתובת הסניף	

1	אני/הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק	מס' ת.ז. / ח.פ.
	כתובת	רחוב	מספר
		עיר	מיקוד
2	<p>נותנים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה"</p> <p>ידוע לי/לנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה ראש/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>		
3	ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".		
4	ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.		
5	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.		
6	הבנק ראשי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.		
7	נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.		

פרטי ההרשאה	
סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.	
תאריך	חתימת בעל החשבון
<input checked="" type="checkbox"/>	

אישור הבנק

לכבוד	מס' החשבון בבנק
הפניקס חברה לביטוח בע"מ	27038
משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435	קוד מוסד
טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111	קוד בנק
סוג החשבון	קוד סניף
מיקוד	קוד בנק
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)	

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435
טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצועו, 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 בהתייבויתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחוקמת הבנק
			<input checked="" type="checkbox"/>