

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי של האוניברסיטה הפתוחה

הכולל: השתלוח, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים פרטיים, טיפולים מחליפי ניתוח, יעון רפואי מיוחד, תרופות שאינן בסל, ניתוחים עם השתתפות עצמית של 2,000 ₪, טיפולי שיניים, שירותים אמבולטוריים וכתבי שרות.

טופס זה מיועד:

לעובדים ובני משפחותיהם המצטרפים במהלך 60 ימים ממועד תחילת העסקת העובד/ת באוניברסיטה הפתוחה.

פרטי העובד/ת עד גיל 70

שם משפחה				שם פרטי				תאריך תחילת עבודה				תעודת זהות			
כתובת: רחוב ומס' בית, עיר ומיקוד				דוא"ל				טלפון נייד							
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____											
קופת חולים				משלים קופת חולים				ת. לידה				מין			

בן/בת זוג של עובד/ת עד גיל 70

שם משפחה				שם פרטי				תעודת זהות							
קופת חולים				משלים קופת חולים				ת. לידה				מין			

ילדים של עובד/ת / בני זוג של ילדים בוגרים (ילד מגיל 25 ומעלה / חתן / כלה בפרמיית ילד בוגר)

מין	קופת חולים	ת. לידה	ת. זהות	שם	הקרבה
נ / ז					
נ / ז					
נ / ז					
נ / ז					

נכדים של עובד/ת (נכד מגיל 25 ומעלה בפרמיית ילד בוגר)

מין	קופת חולים	ת. לידה	ת. זהות	שם	הקרבה
נ / ז					
נ / ז					
נ / ז					
נ / ז					

הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני מאשר כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה, וזאת עבורי ועבור בני משפחתי ככל שהם מצטרפים לביטוח.
3. ידוע לי ואני מסכים כי מידע הנוגע אליי, לרבות מידע רפואי ודיווחים, יועבר אל/מאת חברת הביטוח באמצעות עובד/ת האוניברסיטה הפתוחה.
4. **הרשאה לחיוב השכר**
אני החתום מטה מבקש לבטח אותי, בן/ת זוגי וילדיי בביטוח בריאות קבוצתי לעובדי האוניברסיטה הפתוחה ובני משפחותיהם. בחתימתי על מסמך זה הריני מתחייב/ת כספית כלפי האוניברסיטה הפתוחה ומורה לה לנכות ממשכורתני ולהעביר מדי חודש בחודשו את דמי ביטוח רפואי עבורי ועבור בני משפחתי אשר שמם מצוין לעיל, בתשלומים רצופים צמודים למדד, לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שסוכם בהסכם בין כלל ביטוח לבין האוניברסיטה הפתוחה, ולשלם הניכויים הללו ל"כלל חברה לביטוח בע"מ". במידה וצרפתי את ילדי הבוגרים (גיל 25 ומעלה) ו/או בני זוגם ו/או נכדיי תהא הגבייה בגינם כמפורט בעמ' 2.
5. **חתימות העובד/ת ובני המשפחה המצטרפים להסכם שגילם 18 ומעלה** (לצרוף נכדים עד גיל 18 נדרשת חתימת הוריהם)

	חתימת העובד/ת		תאריך
	חתימת בן/בת זוג		תאריך
	חתימת הילד הבוגר		תאריך
	חתימת הילד הבוגר		תאריך
	חתימת הילד הבוגר		תאריך
	חתימת בן/בת זוג של הילד הבוגר		תאריך
	חתימת בן/בת זוג של הילד הבוגר		תאריך
	חתימת בן/בת זוג של הילד הבוגר		תאריך
	חתימת הנכד מעל גיל 18		תאריך
	חתימת הנכד מעל גיל 18		תאריך

נספח השלמת פרטי התקשרות למועמדים לביטוח

חובה למלא את הפרטים הבאים עבור בן/בת זוג של העובד וכן עבור בני משפחה נוספים בגילאים 25 ומעלה

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

הבהרה למועמדים לביטוח:

- אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:** לרבות טופס גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דיווח שנתי, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף ומסמכים הנדרשים על פי דין, ביחס לכל פוליסות הבריאות של כל המועמדים בחטיבת הבריאות:
- מסמכים אלו יישלחו באמצעות מסרון לטלפון הנייד, או לדואר האלקטרוני (ככל וברשות חברת הביטוח מצויים הפרטים הנדרשים), אחרת יישלחו לכתובת המגורים שצויינה בטופס ההצטרפות.
 - ניתן לשנות את אופן המשלוח, בכל עת, בפנייה למוקד השירות של כלל בטלפון *5590 או באתר האישי.
 - הפרטים האישיים שמסרתי כמפורט לעיל (מספר טלפון נייד ו/או מספר טלפון נייד ו/או כתובת דואר אלקטרוני), יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל עבור כל המוצרים הקיימים לי בקבוצה וישמשו לפניות אליי.

חתימת המועמד הראשי לביטוח:

שם המבוטח
ת.ז.
תאריך
חתימה
