

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי מכללה אקדמית ספיר בע"מ ומכללת הנגב בע"מ ובני משפחותיהם ללא הצהרת בריאות

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

טופס זה מיועד ל:

- עובד חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילד עד גיל 25) המצטרפים תוך 90 יום מתחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה.
- תינוק חדש שנולד לעובד המצטרף תוך 90 יום מיום הלידה.
- בן/בת זוג חדש של עובד המצטרף/ת תוך 90 יום מיום הנישואין.
- עובד קיים ובני משפחתו אשר מבקשים להצטרף לתכנית לראשונה (מבוטח שנדחה בעבר מהביטוח ולא ביטל את הצטרפותו במהלך תקופת הביטוח הקודמת לא יוכל להצטרף ללא הצהרת בריאות וחיתום במסגרת חלון הזדמנויות זה).

פרטי המועמדים לביטוח							
חובד הרחבה נוסף ביטול השתתפות עצמית בניתוחים	הרחבה וולונטרית אמבולטורי ניתוחים בחו"ל כתב שירות רפואה משלימה	התכנית הבסיסית	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות
		√	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

*ילד עד גיל 25 – מילד שלישי ואילך חינם.

התכנית הבסיסית הינה במימון המעסיק באופן חלקי לרבות שווי מס.
 מובהר כי אין התניה ברכישת ההרחבות עבור בני המשפחה בהצטרפות העובד להרחבה.

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 נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:	@

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/ דוא"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				
			מיקוד	יישוב	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

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותיי יישמש 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, פקסימליה, 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

הצהרת המועמדים לביטוח

1. הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מראוני 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 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.
3. הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע יישמר במאגרי המידע של החברה או 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 מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
6. אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לתכנית הביטוח (בסיס ורבדי ההרחבה) במסגרת הביטוח הקבוצתי של המעסיק.
7. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי בגין ההרחבות הוולונטריות ינוכה באמצעי גביה אישי.
8. סגל מנהלי וסגל אקדמי בכיר - ידוע לי כי הפרמיה עבורי לתכנית ממומנת ע"י המעסיק באופן חלקי כך שיתרת הפרמיה לרבות שווי הטבה במס יגבה משכרי.
9. מְרַצֵּם מִן הַחוּץ – ידוע לי כי הפרמיה עבורי ועבור התא המשפחתי שלי תיגבה במלואה מאמצעי התשלום האישי שלי.

תאריך	שם מועמד ראשי	X
	חתימה	X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר שני	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

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות "קלי" במייל tb@kali.co.il או לפקס 03-6367100

מוקד שירות הלקוחות בסוכנות עומד לרשותכם בכל שאלה בטלפון 03-6367111

