

טופס הצטרפות לחברי הסגל המנהלי באוניברסיטת בר-אילן ובני משפחתם

טפס הצטרפות זה כפוף למכלול הוראות הפוליסה, תנאיה וסייגיה ולכל דין.

אל: הסגל המנהלי

הוראה לניכוי דמי ביטוח מתלוש השכר

הריני מותבת/בזאת הוראה להנהלת חשבונות אוב' בר-אילן לנכות ממשכורתי את דמי הפרמיה בגין ביטוח, כמפורט להלן, מידי חודש בחודשו ולשלם את הניכויים הללו להפניקס חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתנאי הפוליסה.

ברצוני להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי כמפורט להלן לכיסויים הבאים: (אנא סמן/י את רבדי הביטוח אשר ברצונך לרכוש)

רובד הבסיס - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, התייעצות עם רופא מומחה במקרה גילוי מחלה קשה, שירותי ביקור רופא, יעוץ תרופתי טלפוני.

רובד הניתוחים - כיסוי לניתוחים פרטיים בישראל ובחו"ל שעלותם מעל 9,000 ש"ח, פיצוי במקרה גילוי מחלת איידס ו/או צהבת נגיפית B, מוות כתוצאה מניתוח, אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים לאחר ניתוח.

נספח א' לרובד הניתוחים - ביטול השתתפות עצמית בסך 9,000 ש"ח (על בסיס פרנציזה) בניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל.

נספח ב' - טיפולים מחליפי ניתוח

רובד הניתוחים - במסלול משלים שב"ן (במקום רובד הניתוחים ונספח א')

נספח ב' - טיפולים מחליפי ניתוח

רובד השירותים האמבולטוריים - בדיקות אבחוניות, התייעצויות עם רופאים מומחים, רפואה אלטרנטיבית.

פרטי חבר/ת הסגל

<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה	ת.ז.	שם חבר/ת הסגל
מין			
נייד	טלפון	כתובת	

פרטי בן/בת הזוג

<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה	ת.ז.	שם בן/בת הזוג
מין			

פרטי ילדים

שם הילד/ה	ת.ז.	תאריך לידה	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
1				
2				
3				
4				
5				

הצהרת בריאות

ילדים	בן/בת זוג	חבר/ת הסגל	
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	1. האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	2. האם הינך נמצאת/בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטלת/תורפזת?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	3. האם הינך סובלת/או סבלת ממחלה כלשהי, פציעה או מק מתאונה?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	4. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות או בדיקות הדמיה או ניתוח כלשהו בעתיד?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	5. האם הינך סובלת/או סבלת בעבר מ: מחלות של מערכת העצבים, שטף דם מוחי (C.V.A), 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?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	6. האם הינך 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?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	7. האם הינך סובלת/או סבלת בעבר ממום מלידה, מחלה גנטית (תורשתית) או נכות (זמנית או קבועה)?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	8. האם הינך סובלת מבעיות גניקולוגיות?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם הינך סובלת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	10. האם הינך מעשן/ת או עישנת בעבר? אם כן כמה סיגריות ליום?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. האם הינך סובלת מהפרעות רפואיות או מחלות נוספות לאלו שפורטו לעיל?

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

שם הקופה _____ האם ברשותך ביטוח משלים? כן לא סניף _____ שם הרופא המטפל _____

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד לביטוח	מס' השאלה	שנת האירוע	פרטים על המחלה, מום וכו'	המצב כיום

הצהרת המועמד/ים לביטוח

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

- כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
- התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
- תשובתי ו/או המידע יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצרכי הביטוח בהפניקס.

ב. **ויתור על סודיות רפואית:**
אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה 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" להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל המוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך _____ שם חבר/ת הסגל _____ ת.ד. _____ חתימת שם חבר/ת הסגל

את הטופס יש להעביר לשחם סוכנות לביטוח בפקס: 03-9211676

לשאלות ובירורים ניתן לפנות לטל': 03-9206692 או 054-4470572

