

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קבוצת ידיעות אחרונות 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 ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) המצטרפים תוך 90 יום מתחילת תנאי זכאותו שיקבע ע"י בעל הפוליסה (וותק, וכיוב').
 - תינוק חדש שנולד לעובד המצטרף תוך 90 יום מיום הלידה.
 - בן/בת זוג חדש של עובד המצטרף/ת תוך 90 יום מיום הנישואין.

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____ השתייכות לחברת בת: כן / לא פירוט: _____

פרטי המועמדים לביטוח						
מספר הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל	
					באמצעות נותן שירות שבהסכם	משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
עובד/ת			/ /	ז / נ		
בן/בת זוג			/ /	ז / נ		
ילד עד גיל 26			/ /	ז / נ		
ילד עד גיל 26			/ /	ז / נ		
*ילד עד גיל 26			/ /	ז / נ		
*ילד עד גיל 26			/ /	ז / נ		
ילד מעל גיל 26			/ /	ז / נ		
ילד מעל גיל 26			/ /	ז / נ		

ילד שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.
הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית: השתלוח וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל, כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות, כיסוי לניתוחים (באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל או ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, ניתוחים וטיפולים מחליפי טיפול בחו"ל, שירותים אמבולטוריים ורפואה משלימה (אלטרנטיבית).

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: @	

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 (גילי 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*.						
	כתובת דואר ישראל- חובה למלא					
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)
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						e-mail [] דואר ישראל []

מינוי מוטבים למקרה מוות											
מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות						מין	קירבה	% חלקים
מועמד ראשי									ז / נ		
מועמד משני									ז / נ		

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת
הנני מסכים כי המידע אודותי 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, 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
1. 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. 2. 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 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 לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע יישמר במאגרי המידע של החברה ואו 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 לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק. 7. ידוע לי כי תשלום הפרמיה עבורי ועבור בני משפחתי ינוכה באמצעי גביה אישי.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח 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 חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי 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 הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי" הפניקס "ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצבונתי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

X		
תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר שני	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר שלישי	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר רביעי	חתימה
		X
תאריך	שם מועמד לביטוח בגיר חמישי	חתימה
		X

