

**טופס הצטרפות לביטוח מחלות קשות לחברי הסגל האקדמי הבכיר באוניברסיטת ת"א,
בני/בנות הזוג וילדיהם**

אופן ההצטרפות:
הצטרפות לביטוח
ללא הצהרות בריאות
(עמ' 1)

חברי הסגל ובני זוג עד גיל 69 וכן ילדיהם שגילם עד 18 יוכלו להצטרף לביטוח עד תאריך **31/8/2014** או במהלך 90 הימים הראשונים ממועד תחילת חברותם בארגון הסגל הבכיר באוניברסיטת ת"א באמצעות מילוי טופס ההצטרפות (עמ' 1) ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום (עמ' 2).

הצטרפות לביטוח
עם הצהרות בריאות
(עמ' 1-2)

חברי הסגל ובני זוג עד גיל 69 וכן ילדיהם שגילם עד 18 יוכלו להצטרף לביטוח בחלוף חלון ההזדמנויות בכפוף למילוי טופס ההצטרפות והצהרת הבריאות (עמ' 1-2).

פרטי חברת/הסגל עד גיל 69:

שם משפחה		שם פרטי		תאריך תחילת עבודה		תעודת זהות	
ישוב		רחוב ומספר		מיקוד		טלפון	
קופת חולים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____		מסלולים קופת חולים		מין	
קופת חולים		משלמים קופת חולים		תאריך לידה		מין	

פרטי בן/בת זוג עד גיל 69:

שם משפחה		שם פרטי		תאריך תחילת עבודה		תעודת זהות	
ישוב		רחוב ומספר		מיקוד		טלפון	
קופת חולים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם התכנית _____		מסלולים קופת חולים		מין	
קופת חולים		משלמים קופת חולים		תאריך לידה		מין	

פרטי הילדים עד גיל 18:

שם הילד	תעודת זהות	תאריך לידה	מין
1.			נ / ז
2.			נ / ז
3.			נ / ז
4.			נ / ז

הצהרות

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ותוך תקופת האכשרה.

הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבוטח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן – "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת בא"י כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

בחתומתי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

הוראה לניכוי דמי ביטוח מהמשכורת

הנני נותן/ת בזה הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיות בגין הביטוח הרפואי כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכם בהסכם שבין "איילון חברה לביטוח בע"מ" לבין ארגון הסגל האקדמי הבכיר – אוניברסיטת תל אביב.

