

טופס הצטרפות לביטוח בריאות רובד בסיסי

ארגון הסגל האקדמי הזוטר של אוניברסיטת תל – אביב

אני הח"מ מבקש להצטרף לביטוח הבריאות הבסיסי.
ההצטרפות במהלך 90 יום מתחילת העבודה. לאחר תקופה זו ההצטרפות מותנת במילוי טופס
הצהרת בריאות ובכפוף לאישור המבטח.

פרטי העובד

מס עובד	שם משפחה	שם פרטי	מס ת.ז.	תאריך לידה

טל' בעבודה	טל' בבית	טל נייד	כתובת

אני מצהיר בזאת בשמי כי אני מאמץ את האמור בהסכם שבין חב' דקלה וארגון הסגל האקדמי הזוטר
של אוניברסיטת תל אביב בעניין ביטוח בריאות.
אני נותן בזאת הוראה לארגון לנכות מידי חודש ממשכורת את הסכומים שיגיעו ממני לחב' דקלה
עבור הביטוח שלי במסגרת ביטוח זה.

_____ תאריך
שם פרטי ומשפחה
_____ חתימה

**על המועסק/ת להשיב מסמך מלא זה למינהל הפקולטה / היחידה האקדמית אליה הוא/היא
שייך/ת**

צרוף העובד לרובד ההרחבה ו/או צרוף בני משפחתי לרובד הבסיסי ורובד ההרחבה

היינו וולונטרי בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובכפוף לאישור המבטח.