



שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טופס הצטרפות לתכנית ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי סגל מנהלי אוניברסיטת תל אביב ובני משפחותיהם (כולל עובד שאינו בהסכם הקיבוצי)

א. פרטי העובד									
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	שם החברה			
_____	_____	_____	____/____/____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	____ <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	_____			
שם החברה		התכנית המבוקשת		תאריך תחילת עבודה		סטטוס			
<input type="checkbox"/> אוניברסיטת תל אביב		<input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים מורחב <input type="checkbox"/> מסלול ניתוחים משלים שב"ן		<input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> בהסכם הקיבוצי		<input type="checkbox"/> עובד שאינו <input type="checkbox"/> בהסכם הקיבוצי			
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד			
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
דואר אלקטרוני					פרטי קופת חולים				
_____					שם הקופה _____ סניף _____				
מוטבים במות המבוטח									
מספר זהות	שם פרטי ומשפחה	קרבה	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	קרבה				
_____	_____	_____	_____	_____	_____				
_____	_____	_____	_____	_____	_____				

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מבקש לצרף את בני משפחתי שפרטיהם להלן לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת תל אביב						
המועמד	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	תוכנית מבוקשת (מסלול)
						ניתוחים מורחב
בן/בת זוג	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 1	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 2	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 3	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד בוגר	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
פרטים נוספים:	שם קופת החולים		סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		
בן/בת זוג	_____		_____	_____		
ילדים	_____		_____	_____		

למבקשים להצטרף לרובד מורחב משלים שב"ן בלבד:

ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:

- 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 בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
- כל אחד מהמועמדים המפורטים לעיל הינו חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן כמפורט לעיל. ידוע לנו כי עובדת היות המועמד לביטוח חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן הינה עניין מהותי, ובכל מקרה שבו יחול שינוי בחברותנו בקופת החולים ובתכנית השב"ן המצויינת לעיל, אנו מתחייבים להודיע על כך לחברה.

תאריך _____

חתימת העובד ★ _____

מועד תחילת הביטוח של העובד /או בני המשפחה הינו המועד בו נרשם אצל בעל הפוליסה.
במקרה של צורך במילוי הצהרת בריאות מועד תחילת הביטוח הינו 1 לחודש העוקב למועד אישור המבטח על קבלת המועמד לביטוח.





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	עובד

ד. אופן התשלום

1. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת עבור עובד בהסכם הקיבוצי ובני משפחתו הרגיני נותן בזאת הוראה ל- אוניברסיטת תל אביב לנכות ממשכורתו את ההשלמה בגין הפרמיה לביטוח רפואי עבורי ועבור בני משפחתי מידי חודש ולשלם למגדל חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

חתימת
★ העובד

תאריך

2. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת עבור עובד שאינו בהסכם הקיבוצי ובני משפחתו הרגיני נותן בזאת הוראה ל- אוניברסיטת תל אביב לנכות ממשכורתו את הפרמיה לביטוח רפואי עבורי ועבור בני משפחתי מידי חודש ולשלם למגדל חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

חתימת
★ העובד

תאריך

ה. הצהרת בריאות

יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים הבאים:

- עובד חדש המבקש להצטרף לביטוח לאחר 90 ימים מיום תחילת עבודתו
- בני/בנות זוג וילדים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 90 ימים מיום תחילת עבודתו של העובד
- תינוק שנולד למבוטח ולא צורף במהלך 90 ימים לאחר מועד לידתו
- מבוטח אשר פרש מביטוח זה וחזר בו

נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כל שהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית יש לפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו', (אין לרשום הערות בין השאלות).

נא לפרט לגבי כל מבוטח	ת. גילוי המחלה / הבעיה	ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		זוג/בן/בת		העובד		האם אתה סובל או סבלת מ- (סמן X במשבצת המתאימה).
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
														אירוע מוחי
														מחלת עיניים
														מחלת לב, כלי דם, מחלת דם, לחץ דם או שומנים בדם?
														מחלת ריאות, אסטמה
														הפרעות בקיבה, הפרעות או מחלות במערכת העיכול
														סוכרת, מחלת כבד, מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות)
														מחלה הקשורה בכליות, דרכי השתן
														מחלה או מגבלה הקשורה לעמוד השדרה, רגליים, ידיים, מחלת פרקים, אוסטיאופורוזיס/ ירידה בצפיפות העצם
														מחלה ממארת או גידול כלשהו
														מחלה או תופעה כרונית, מחלה תורשתית
														מחלת מערכת העצבים, מחלת נפש, אפילפסיה
														האם עברת תאונה או ניתוח? האם אושפזת בחמש שנים אחרונות? האם נמצא תחת טיפול רפואי, תרופתי כלשהו?
														לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית?

נתוני גובה ומשקל עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח			
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	עובד

ו. ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או ליועצים להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

ז. הצהרות המועמדים לביטוח

- אני/ו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
- כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לענין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני/בינינו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - התשובות ו/או המידע שיימסר לחברה יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 וישמשו לצורכי ביטוח בלבד.
 - הצהרה זו, הכוללת את הצהרת הבריאות שלהלן אם זו נדרשת, וחלה גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמ/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
 - תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הצדדים ובכפוף לסעיפי החרגים כאמור בהסכם.

ח. חתימת המועמדים לביטוח / המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות אם זו נדרשה, מולאה בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות אם זו נדרשה כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 25.

מועמד	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך	חתימה
עובד					★
ילד מעל גיל 25					★
ילד מעל גיל 25					★
ילד מעל גיל 25					★

יש להעביר את הטופס לחברת מגדל עבור : יניב לוי - מנהל תיקי לקוחות

מס' פקס: 03-7976362, כתובת דוא"ל: YanivL@mvs.co.il

