

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי צוות ובני משפחתם  
ללא הצהרת בריאות**

**האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא**  
**האם אתה חבר בקופ"ח בישראל כן / לא**

• טופס זה תקף אם התקבל במשרדי "מדינת" בתוך 60 יום מהשחרור.

פרטי המבוטח הראשי העמית				
/ /				
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מ.א	תאריך פרישה

פרטי המועמדים לביטוח						
קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	מין	בחירת מסלול ביטוח ניתוחים בישראל
						משלים שב"ן כולל ברות ביטוח צוות מלא
עמית				/ /	ז / נ	
בן/בת זוג				/ /	ז / נ	
ילד 1				/ /	ז / נ	
ילד 2				/ /	ז / נ	
ילד 3				/ /	ז / נ	
ילד 4				/ /	ז / נ	

פרטים נוספים	שם קופת חולים	סניף	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:
עמית			
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 (גילוי 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' 1-2018 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.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות ישלח גם SMS בנוסף	כתובת דואר ישראל - חובה למלא				טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד		
עובד/ת						
מועמד לביטוח בגיר שני						
מועמד לביטוח בגיר שלישי						
מועמד לביטוח בגיר רביעי						
מועמד לביטוח בגיר חמישי						

**הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים 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

מינוי מוטבים למקרה מוות									
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות							
מועמד ראשי									
מועמד משני									

**משלים שב"ן – גילוי נאות**

א. הכיסי 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, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסי 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 הכיסי "משלים שב"ן".

הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותמת/ת על הצהרה בשמם כאפטרופוס/ית טבעית.

**הצהרת המועמדים לביטוח**

- הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מראוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.
- 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 ואז 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.
- 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 או 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.
- ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
- אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
- אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
- דמי הביטוח ייגבו באמצעות מת"ש.

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

את הטופס יש לשלוח למוקד "בריאות בצוות" מקבוצת מדנס, רחוב השלושה 2, תל אביב 67060 או לפקס: 073-2128378 לשאלות ניתן לפנות למוקד "בריאות בצוות" בטלפון: 1700-700-251

לפרטים נוספים הנך מוזמן להיכנס לאתר "מדנס" לעמיתית צוות: [www.bhealthy.co.il](http://www.bhealthy.co.il)