

טופס הצטרפות - האוניברסיטה העברית

אם ברצונך להצטרף לביטוח הבריאות ולצרף את בני המשפחה, נא סמן ומלא/ את הפרטים הבאים:

- 1) לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים" ולגבות את העלות משכרי כן לא
- 2) לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים זהב" במסלול מהשקל הראשון / משלים לשב"ן ולגבות את העלות משכרי כן לא
- 3) לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים פלטיניום" במסלול מהשקל הראשון / משלים לשב"ן ולגבות את העלות משכרי כן לא
- 4) לצרף אותי לפוליסת "תאונות אישיות" ולגבות את העלות משכרי - עובד כן לא בן/בת זוג כן לא

פרטי העובד/ת / גמלאי/ת					
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת.ז. אוניברסיטה	מין	תאריך לידה
כתובת	מיקוד	מצב משפחתי		האם קיים שב"ן? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
כתובת דואר לאקטרוני	טל' בבית	טל' נייד	פקס		
@					

פרטי בני המשפחה המצורפים לביטוח הבריאות					
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה	בן/בת זוג
					ילד 1
					ילד 2
					ילד 3
					ילד 4

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש".

הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת

הריני נותן/ת בזאת הוראה לאוניברסיטה העברית לנכות ממשכורת את הפרמיות בגין ביטוח רפואי מידי חודש ולשלם לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

הנני מאשר קבלת דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח בריאות / תאונות אישיות.

תאריך	חתימת העובד/ת / גמלאי/ת X
-------	------------------------------

לאחר מילוי הטופס יש להעבירו לידי הגב' ויקי בוסו טיקר בטלפון: 02-5019901, בפקס: 02-5334320 או במייל: office@btiker-ins.co.il