

טופס הצטרפות לתכנית ביטוח הרפואי הקבוצתי של גימלאי הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם

גימלאים ו/או בני משפחה המצטרפים לביטוח תוך 90 יום מיום תחילת ההסכם, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) לביטוח הבריאות הקבוצתי של גימלאי הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה, עפ"י התנאים שבהסכם. ידוע לי כי הפרמיה תשולם באמצעי גביה אישי המצ"ב לטופס זה.

1. התכנית המבוקשת: נא לסמן ב-V את האפשרות המבוקשת:

גימלאי/ת	בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)
מבקש/ת להצטרף לביטוח הבסיסי "בריאות חובה", עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לצרף את בני משפחתי לביטוח הבסיסי "בריאות חובה", עפ"י התנאים שבהסכם.
מבקש/ת לרכוש עבורי את רובד הניתוחים של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי את רובד הניתוחים של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.
מבקש/ת לרכוש עבורי את רובד הרשות – הרחבה 1 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי את רובד הרשות – הרחבה 1 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.
מבקש/ת לרכוש עבורי את רובד הרשות – הרחבה 2 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי את רובד הרשות – הרחבה 2 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.
מבקש/ת לרכוש עבורי את רובד הרשות – הרחבה 3 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי את רובד הרשות – הרחבה 3 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

2. פרטי המועמדים לביטוח

תאריך תחילת עבודה:

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)
			ילד עד גיל 21	1
				2
				3
			ילד מעל גיל 21	

מיקו
ד

מספר בית יישוב

רחוב

כתובת

ט
ל
פ
ו
ן

נ
י
י
ד

טלפון בעבודה

טלפון בבית

שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג:

סניף

שם קופת החולים

גמלאי/ת

פרטים נוספים

שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג:

סניף

שם קופת החולים

בן/בת זוג וילדים

