

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

**בני משפחה המצטרפים לביטוח ו/או עובדים הרוכשים את ההרחבות של הביטוח הקבוצתי, תוך 90 יום מיום תחילת ההסכם, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות**

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) לביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי אוניברסיטת חיפה ו/או להרחיב את הכיסוי הביטוחי, עפ"י התנאים שבהסכם. ידוע לי כי הפרמיה בגין הביטוח הקבוצתי עבור בני משפחתי ובגין ההרחבות עבורנו תשולם באמצעי גביה אישי המצ"ב לטופס זה.

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

עובד/ת	בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)
	מבקש/ת לצרף את בני משפחתי לביטוח הבסיסי "בריאות חובה", 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)

מיקוד

מספר בית יישוב

רחוב

כתובת

ט  
ל  
פ  
ו  
ן  
  
נ  
י  
י  
ד

טלפון בעבודה

טלפון בבית

שם קופת החולים (ביטוח משלים) מסוג:

סניף

שם קופת החולים

עובד/ת

**פרטים נוספים**

שם קופת החולים (ביטוח משלים) מסוג:

סניף

שם קופת החולים

בן/בת זוג וילדים

**3. חתימת העובד/ת**

שם \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

עובד/ת:

**אמצעי תשלום**

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת.ז. המבוטח \_\_\_\_\_

הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד:  ויזה  ישראל  דינרס  אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_

ת		מס' כרטיס																	
ח	שנה																		
ד																			
ש																			

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהן.

הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסות/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסות/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

\_\_\_\_\_   
חתימת בעל הכרטיס

\_\_\_\_\_   
תאריך