

**אישור מראש לחידוש הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי עבור ילד שלישי ואילך של עובדי הסגל המנהלי והטכני אוניברסיטת בן גוריון**

עבור ילדיו המבוטחים של עובד/ת (ילד שלישי ואילך), הקיימים בפוליסת בריאות הקבוצתית המסתיימת ביום 31.3.2020

בהתאם להוראות הרגולציה הינך נדרש/ת לאשר ולהעביר אלינו את הטופס הנ"ל לשם המשך הביטוח בתנאים החדשים המפורטים במכתב המצ"ב, עבור ילד שלישי ואילך אשר היו מבוטחים עימך.

את המסמך יש להחזיר כאשר הוא חתום באמצעות מייל: lehavimh@gmail.com  
וזאת עד ליום 30.6.2020

לתשומת ליבך, במידה ומסמך זה לא יתקבל חתום עד ליום 30.6.2020, יבוטל הביטוח עבור ילד שלישי ואילך, ומי שהיו מבוטחים עמך באופן רטרואקטיבי מיום 1.4.2020.

**אישור המבוטח:**

אני מאשר ומסכים בזאת לצרף את ילדי, השלישי ואילך, המפורטים מטה, ברצף ביטוחי לביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי הסגל המנהלי והטכני אוניברסיטת בן גוריון החל מיום 1.4.2020 וזאת בהתאם לתנאים החדשים כפי שפורטו לעיל.

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המבוטח הראשי	מספר תעודת זהות	מספר טלפון נייד	דוא"ל
שם ילד 3			
שם ילד 4			
שם ילד 5			
שם ילד 6			
שם ילד 7			

חתימת מבוטח ראשי: \_\_\_\_\_

חתימת ילד בגיר (מעל גיל 18): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**התחייבות כספית לתכנית הביטוח לעובדים ובני משפחותיהם**

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת ומאשר/ת בזאת לנכות ממשכורת תשלומי פרמיות בגין תכנית הביטוח, מדי חודש בחודשו, למשך כל תקופת הביטוח לרבות תקופת ביטוח מוארכת ככל שתהיה ובכפוף לתנאי הפוליסה.

תאריך	שם העובד/ת	תעודת זהות	חתימת העובד
			x