

A close-up photograph of a lavender bush with several tall, thin stems bearing clusters of small purple flowers. The background is a soft, out-of-focus mix of purple and yellow, suggesting a bright, sunny day. The Hebrew text is centered in the upper left quadrant of the image.

צפון ביטוחים
אחברי הסגל הבכיר

הביטוחים הקולקטיביים המנוהלים ע"י משרד הארגון:

ביטוח הבריאות הקולקטיבי בחברת "הראל", משלים שב"ן.
הפרמיה החודשית, של כל חברי הסגל הזכאים (חברי סגל אקדמי
בכיר מעל חצי משרה המשלמים דמי חבר) **מסובסדת ע"י הארגון.**
חברי הסגל הזכאים מצורפים באופן אוטומטי ע"י הארגון.

ביטוח תאונות אישיות בחברת "כלל" באמצעות הסוכן איתן
הורוביץ .

כל שאר הביטוחים, המצוינים בעלון, הם אישיים
וההצטרפות הינה מול סוכן הביטוח בלבד על פי
התנאים הנדרשים.

עלון זה אינו הוכחה כי חבר הסגל מבוטח
בביטוחים המצוינים בעלון.

לבירור פרטים ניתן לפנות ישירות לסוכן המטפל.



פירוט הביטוחים:

| הערות | מצורף למייל | מי מטפל | שם הביטוח | |
|--|--|---|--|---|
| התכנית קיימת מדצמבר 2012. חל על כל חברי הסגל , אלא אם ביקשו בכתב להסירם מהביטוח הרובד הבסיסי של הביטוח המשולם ע"י הארגון: פעילים - פרקים ד', ה', י' גמלאים - פרקים ד', ה'. | פוליסת הביטוח המלאה קובץ עם עיקרי הפוליסה | סוכנות 'מגן' פתרונות פיננסיים ע"י סוכן הביטוח משה מגנזי 0774-1800-60 | ביטוח בריאות קולקטיבי חברת "הראל" | הרובד הבסיסי ** מסובסד ע"י הארגון כהטבה לכל חברי הסגל הבכיר (פעילים וגמלאים) |
| התכנית קיימת מנובמבר 2014. ניתן להצטרף במילוי הצהרת בריאות | עיקרי התכנית | סוכנות 'להבים' סוכנות לביטוח ע"י סוכן הביטוח נמרוד אורן 08-6278241 | תכנית 'הגנה משלימה' חברת "איילון" ביטוח קולקטיבי לתאונות אישיות ומחלות, היעדרות מעבודה ואי כושר תפקודי. | דרך הארגון – קיים רק למי שבחר להצטרף לתכנית |
| ביטוח בתנאי קולקטיבי, מתחדש כל שנה, ב-1 באפריל. ניתן להצטרף בעת התחדשות הביטוח. תקף עד גיל 70. | פוליסת הביטוח | סוכן הביטוח איתן הורוביץ 04-8380807 | ביטוח קולקטיבי - תאונות אישיות חברת "כלל" | דרך הארגון – קיים רק למי שבחר להצטרף לתכנית |
| | חוזר מידע | סוכנות 'להבים' סוכנות לביטוח ע"י סוכן הביטוח נמרוד אורן - 08-6278241 | ביטוח סיעודי אישי פרטי / חברת "מגדל" | דרך הסוכן - ביטוח אישי / פרטי קיים רק למי שבחר להצטרף |
| | חוזר מידע | סוכנות 'מגן' פתרונות פיננסיים ע"י סוכן הביטוח משה מגנזי 0774-1800-60 | ביטוח סיעודי אישי פרטי / חברת "הפניקס" | דרך הסוכן - ביטוח אישי / פרטי קיים רק למי שבחר להצטרף |



| | | | | |
|--------------------------|-----------|--|---|-----------------------------------|
| תנאים מיוחדים לחברי הסגל | חוזר מידע | סוכנות 'להבים' סוכנות לביטוח ע"י סוכן הביטוח נמרוד אורן 08-6278241 | ביטוח - נסיעות - בחברת "הפניקס" | דרך הסוכן ביטוח אישי / פרטי |
|--------------------------|-----------|--|---|-----------------------------------|

| | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|
| נמצא בקמפוס האוניברסיטה - קומה 0 מגדל אשכול (סמוך למדרגות המגדל) | פניה אישית ישירות לסוכן | אפריים הירשברג 054-4764777 | ביטוח רכב / דירה (אלמנטר) | באופן אישי |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|

| | | | | |
|------------|---------|---|---|--------------------|
| ברירת מחדל | דף מידע | גב' רונית ריצ'קר, אגף משאבי אנוש בטלפון 8240881 | ביטוח חיים של חברת "הפניקס" | דרך האוניברסיטה |
|------------|---------|---|---|--------------------|



ביטוח בריאות קולקטיבי של ארגון הסגל בחברת "הראל"

(החל מדצמבר 2012)

פוליסה מלאה באתר הארגון

(חוברת פיזית של הפוליסה ניתן לקבל במשרד הארגון)

הארגון רואה את הביטוח הרפואי כחלק חשוב ביותר בהגנה על העובד ובני משפחתו. ביטוח הבריאות האמור נבנה מתוך כוונה לתת מענה אופטימאלי למגבלות הכיסוי הנובעות מחוק הבריאות והביטוחים המשלימים של קופות החולים.

- כל חבר סגל מצורף לביטוח הבריאות כברירת מחדל, אלא אם ביקש בכתב להסירו מרשימת המבוטחים.
 - כל חברי הסגל זכאים לקבל את הטבת מימון הרובד הבסיסי בביטוח הבריאות (מפורט מטה).
 - הביטוח הינו משלים את שירות הביטוח הנוסף של קופות החולים (משלים שב"ן)
 - לחברי סגל חדשים קיים חלון הזדמנויות של 90 יום מתחילת העסקתם בהם ניתן להצטרף ללא הצהרת בריאות.
 - ניתן לצרף לביטוח: בן/בת זוג, ילדים.
 - מה כולל הביטוח? וכמה זה עולה לנו? פרטים מלאים בפוליסה.
- פוליסת הביטוח הקולקטיבי בחברת "הראל" כוללת את הרבדים הבאים:**

רובד בסיסי

- א. ביטוח השתלות, טיפולים וניתוחים בחו"ל (פרק ד).
- ב. ביטוח תרופות וטיפולים שאינן כלולים בסל הבריאות (פרק ה).
- ג. ביטוח ניתוחים פרטיים, טיפול מחליף ניתוח ושירותי שיקום והחלמה לאחר ניתוח, לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן (פרק ו).

| למי? | כמה עולה? |
|---|----------------------|
| חבר סגל עד גיל 68 | 0 – ממומן ע"י הארגון |
| בן/בת זוג, ילדים מעל גיל 21 (מבוטח מגיל 21 עד גיל 68) | 40 ₪ לחודש |
| ילדים עד גיל 21 | 11 ₪ לחודש |

רובדי רשות (תוספת וולונטרית בתשלום) :

| רובד רשות הרחבה I: פרקים ו,ז,ח,ט | |
|--|------------------|
| גיל המבוטחים | סכום בש"ח |
| מבוטח מגיל 21 עד גיל 68 | 20 |
| מבוטח עד גיל 21 | 6 |
| רובד רשות הרחבה II: פרק ז' (למי שלא רכש את רובד הרשות הרחבה I) בדיקות אבחון ויעוץ עם מומחה. | |
| גיל המבוטחים | סכום בש"ח |
| מבוטח מגיל 21 עד גיל 68 | 5 |
| מבוטח עד גיל 21 | 1.5 |
| רובד רשות הרחבה III: פרק י"א | |
| גיל המבוטחים | סכום בש"ח |
| מבוטח מגיל 21 עד גיל 68 | 25 |
| מבוטח עד גיל 21 | 9 |

לפרטים נוספים :

רכות ביטוחים במשרד הארגון – נאווה (2661) 04-8240661

פרטי סוכני הביטוח המטפלים בחברי הסגל: סוכנות הביטוח 'מגן - פתרונות פיננסיים', **סוכן הביטוח משה מגנזי. לפרטים נוספים, ניתן לפנות לאציק בטלפון: 0774-180060 (שלוחה 2) פקס: 0774-180061 דוא"ל: office@magen-ins.co.il.**

דמי הביטוח **עבור הוספת הרבדים** לחבר הסגל וצירוף בני המשפחה לרובדי הפוליסה השונים - **ישולמו בגבייה אישית (כרטיס אשראי או הוראת קבע) התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה החתומה בין הצדדים.**

תשובות לשאלות שכיחות

בנושא ביטוח הבריאות הקולקטיבי, חברת "הראל"

1. **למי מיועד הביטוח ?**
חבר סגל במשרה מלאה המשלם מיסי חבר לארגון הסגל הבכיר (פעיל/גמלאי).
2. **אינני רואה בתלוש השכר הורדה בגין ביטוח הבריאות, האם אני מבוטח?**
כל חברי הסגל הזכאים לביטוח מבוטחים ברובד הבסיס ללא עלות כספית כדלקמן :
פעילים : ניתוחים (פרק י'), השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (פרק ד') ותרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות (פרק ה').
גמלאים : השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (פרק ד') ותרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות (פרק ה').
3. **מה הכוונה כשנאמר "הביטוח שלנו משלים שב"ן"?**
הביטוח משלים את שירות הביטוח הנוסף של קופות החולים ככל שמדובר בניתוחים בארץ (פרק י') – במקרים כאלה ניתן לבחור מנתח מרשימת המנתחים בהסדר ובלבד שאינו מנתח של קופת החולים בה מבוטח החבר. במקרים של השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (פרק ד') ותרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות (פרק ה') הכיסוי הביטוחי אינו תלוי בשירותי קופת החולים. מובהר כי התנאים הקובעים הינם תנאי ההסכם המלאים כפי שמצוינים בפוליסה המלאה.
4. **איך חברי סגל חדשים מצטרפים לביטוח ?**
חבר סגל חדש יכול להצטרף, ללא הצהרת בריאות, באמצעות מילוי טופס הצטרפות הנמצא במשרד ארגון הסגל הבכיר.
5. **כיצד מצרפים בני משפחה (בן/בת זוג, ילדים וילדי ילדים) ?**
בני משפחה של חבר סגל חדש יכולים להצטרף, ללא הצהרת בריאות, במהלך שלושת החודשים הראשונים מיום ההצטרפות לאוניברסיטה (פרט לילדים מעל גיל 30 המחויבים במילוי הצהרת בריאות). בני משפחה של חברי סגל מבוטחים יכולים להצטרף, בכל עת, במילוי הצהרת בריאות.
6. **אילו הרחבות ניתן להוסיף לרובד הבסיסי ?**
הרחבה 1 - הוצאות רפואיות מיוחדות (פרק ו'), בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים (פרק ז'), כתב שירות רופא ובדיקות בבית הלקוח ומוקד מידע טלפוני (פרק ח'), כתב שירות לחיות בריא – שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים (פרק ט').
הרחבה 2 - אבחוניות והתייעצות עם מומחים (פרק ז')
הרחבה 3 - שירותים רפואיים נוספים (פרק יא')
7. **כיצד ניתן לבצע את ההרחבות ?**
ניתן לבצע הרחבות בכל עת, צריך למלא הצהרת בריאות.

8. **האם ניתן לבטל הרחבות ?**
כן, באמצעות משלוח הבקשה בפקס בצירוף חתימה לפקס : 077-4180061 לידי משה מגנזי.
9. **האם חברת הראל יכולה להחליט לבטל פוליסה שמשולמת ע"י הארגון?**
לא, למעט במקרה שהמבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם, במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח .
10. **האם הביטוח תקף בזמן שהיית המבוטח בחו"ל (שבתון , חל"ת) ?**
לא. לפני היציאה לחו"ל על חבר הסגל להקפיד את הביטוח באמצעות פניה לארגון הסגל הבכיר.
11. **מה הם השלבים להפעלת הביטוח במקרה של ניתוח בארץ ?**
יש לפנות במקביל לסוכנות הביטוח מגן (טלפון 077-4180060) ולביטוח המשלים של קופת החולים.
במקרה של דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח -
במקרה זה יינתן כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח בתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי בחברת הביטוח.
- במקרה של אישור קופ"ח במסגרת הסכמי השב"ן (אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים) -**
במקרה כזה יקבל המבוטח מהביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח ויידרש לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח - **החזר מחברת הביטוח הראל עבור תשלום זה יתקבל כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה מתאים.**
- במקרה של אישור קופ"ח שלא במסגרת הסכמי השב"ן (אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים כאשר המנתח/ בי"ח אינם מצויים בהסכם עם הביטוח המשלים)-**
במקרה כזה לא ניתן לקבל מהביטוח המשלים התחייבויות לביצוע הניתוח, אלא רק החזר כספי בדיעבד לאחר הצגת קבלות מקוריות וסיכום ניתוח. המבוטח יידרש לשלם לרופא ולביה"ח. **החזר מקופת החולים** יינתן לאחר הגשת הקבלות המקוריות לביטוח המשלים. **החזר מחברת הביטוח הראל יינתן לאחר הגשת העתקי הקבלות ואישור על גובה החזר שנתקבל מהביטוח המשלים, וכן סיכום ניתוח וטופס תביעה.** החזר יבוצע במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן לפי הסכום שהיה משולם לספקי הסכם של הראל ובניכוי החזר שנתקבל מהביטוח המשלים.
12. **מה הם השלבים להפעלת הביטוח במקרים של החזר בגין תרופות וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות?**
יש למלא טופס תביעה מתאים, יש להעביר לסוכן הביטוח **בדואר**: קבלה מקורית והפניה מרופא מקצועי, טופס תביעה מלא וחתום.

טופס הצטרפות לביטוח



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופינוסים

סוג מסמך: 2062, קולקטיב מרכז: 326071

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

בני משפחה המצטרפים לביטוח 1/ 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. |

תאריך תחילת עבודה:

2. פרטי המועמדים לביטוח

| מספר זהות (כולל ס"ב) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין (ז/ג) |
|---|------------------|----------------|------------|---------------------------|
| עובד/ת | | | | |
| בן/בת זוג | | | | |
| ילד עד גיל 21 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| ילד מעל גיל 21 | | | | |
| כתובת | רחוב | מספר בית | יישוב | מיקוד |
| | טלפון בבית | טלפון בעבודה | טלפון נייד | |
| פרטים נוספים | עובד/ת | שם קופת החולים | סניף | שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג: |
| | בן/בת זוג וילדים | שם קופת החולים | סניף | שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג: |
| כתובת דואר אלקטרוני - לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך רלוונטי אחר במסגרת הפלישה בהראל | | | | |

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 ישראלכרט דיינרס אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון נוסף _____


| תוקף | | | | מס' כרטיס | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|-----|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| חודש | | שנה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 ופוליסת/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



תכנית "הגנה משלימה"

בחברת "איילון"

ביטוח תאונות אישיות, מחלות, היעדרות מעבודה ואבדן

כושר תפקודי

☉ תוכנית "הגנה משלימה" הינה תוכנית קולקטיבית ייחודית העונה על הצרכים הביטוחיים הבאים: ביטוח תאונות אישיות ומחלות, ביטוח אי כושר תעסוקתי וביטוח אובדן כושר תפקוד ומותאמת לאוכלוסיית חברי הסגל הבכיר.

☉ **הפיצוי** על פי תנאי הפוליסה של תכנית "הגנה משלימה", ניתן ללא תלות בהכנסות שיתקבלו מכל גוף אחר (קצבת נכות, קצבאות הביטוח הלאומי, קופת חולים, ביטוחים נוספים).

☉ **לחברי סגל עד גיל 67** - תכנית "הגנה משלימה" מכסה פיצוי במקרה של **תאונות אישיות ומחלות** ובנוסף **פיצוי שבועי של 1000 ₪ מקרה של אובדן כושר עבודה**.

☉ **לחברי סגל מעל גיל 67** - תכנית "הגנה משלימה" מכסה פיצוי במקרה של **תאונות אישיות ומחלות עד גיל 80** ובנוסף **פיצוי שבועי של 1000 ₪ מקרה של אובדן כושר תפקודי ללא הגבלת גיל** (מקביל לביטוח סיעודי, המבוטח ייבדק ע"י חברת הביטוח לפי הקריטריונים של "מבחן התלות" של הביטוח הלאומי).

☉ "הגנה משלימה" **אינה ביטוח סיעודי** (להסבר – [לחץ כאן](#))

תנאים כלליים של הפוליסה

1. לביטוח זה זכאים להצטרף חברי סגל המשלמים דמי חבר לארגון הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחתם (בני זוג וילדים), לרבות חברי סגל ובני משפחתם השוהים בתקופת שבתון בחו"ל וחבריו סגל גמלאים (בני זוג וילדים)

2. **פרמיה חודשית לתשלום (הפרמיה משתנה במעבר בין קבוצת גיל)**

עד גיל 21 – 28 ₪ לחודש

מגיל 21 עד 35 – 59 ₪ לחודש

מגיל 36 עד 50 – 69 ₪ לחודש

מגיל 51 עד 60 – 79 ₪ לחודש

מגיל 61 עד 67 – 99 ₪ לחודש

מגיל 66 ומעלה – 149 ₪ לחודש

3. הצטרפות לתוכנית הביטוח מותנית במילוי שאלון רפואי ובהסכמת החברה לקבל את חבר הסגל לביטוח.

לחברי סגל חדשים קיים חלון הזדמנויות של 60 יום מתחילת העסקתם בהם ניתן להצטרף ללא הצהרת בריאות.

4. **ניתן לרכוש עד שתי יחידות ביטוח עבור כל מבוטח** (מחיר הפרמיה החודשית יוכפל פי שתיים), כל יחידה מזכה בפיצוי לפי הסעיפים המצוינים בפוליסה וכוללת אפשרות לפיצוי בסכום של 1000 ש"ח לשבוע בגין אובדן כושר עבודה ו/או אובדן כושר תפקוד (סיעוד). **יובהר כי במסמך זה מובא מידע כללי. התנאים הקובעים הם אלה המופיעים בפוליסה אשר ניתן יהיה לעיין בה בכל עת באתר האינטרנט.**



עיקרי הפוליסה ליחידת ביטוח אחת:

1. **פיצוי שבועי בסך 1000 ₪ למקרה של אובדן כושר עבודה** – במקרה של היעדרות מהעבודה מתאונה או מחלה (הגדרה רחבה ביותר) לתקופה של עד 60 חודשים !!!
2. **פיצוי שבועי בסך 1000 ₪ למקרה של אי כושר תפקודי** - לתקופה של עד 60 חודשים נותן מענה למקרים של אי כושר תפקודי, מצב סיעודי, גם למי שאינם מועסקים (גמלאים, עקרות בית) לפי נקודות הביטוח הלאומי!!!
3. **פיצוי למקרה של אי כושר עבודה/ תפקוד חלקי**
4. **פיצוי במקרים של נכות או פטירה כתוצאה מתאונה**
5. **פיצוי במקרים של שברים או כוויות כתוצאה מתאונה**
6. **פיצוי על היעדרות ילד מלימודים ופיצוי הפסקת לימודים של הילד כתוצאה מתאונה או ממחלה**
7. **המשכיות** - מקנה לחבר הסגל ובני המשפחה שהצטרפו לתוכנית הביטוח, במקרה של תום תקופת הביטוח או עזיבת המבוטח את הקבוצה, להמשיך בפוליסה אישית בכיסויים דומים ללא הוכחת מצב רפואי, בתעריף שיוצע ע"י חברת הביטוח באותה עת, ובהנחה מיוחדת של 20% לכל חיי המבוטח!

פרטי סוכנות הביטוח המטפלת בחברי הסגל:

"להבים" המרכז לביטוח קולקטיבי (לאחר האינטרנט של סוכנות הביטוח - **כאן**)
באמצעות סוכן הביטוח **מר נמרוד אורן**, שהוכיח את יעילותו כסוכן הנסיעות לחו"ל של הארגון.

מייל : lccins@gmail.com

Tel. 08-6278241

Fax. 08-6654605

קישורים מומלצים:

- תנאי הסכם הביטוח של ארגון הסגל האקדמי הבכיר – לחץ **כאן**
- טופס הצטרפות לתוכנית הביטוח **"הגנה משלימה"** הקש **כאן**
- טופס הרשאה להורדה מהשכר – לחץ **כאן**
- ריכוז סכומי הביטוח וכיסויים – לחץ **כאן**



עיקרי התוכנית "הגנה משלימה" - ביטוח תאונות ומחלות ואי כושר תפקודי

| | |
|---------------------------------|--|
| הגדרות אי כושר | עד גיל 67 : אובדן כושר תעסוקתי מתאונה או מחלה מגיל 67 : פגיעה ביכולת תפקוד מתאונה או מחלה |
| תקופת פיצוי מקסימלית | עד 60 חודשים |
| ימי המתנה | המתנה 21 יום |
| הוצאות רפואיות מיוחדות | שיפוי 80% ועד 100,000 ₪. השתתפות עצמית ראשונית בסך 2,000 ₪. |
| הוצאות הכשרה מקצועית | שיפוי 80% ועד 12000 ₪ |
| ביטוח צד ג' | שיפוי עד 25,000 ₪ |
| שירות רפואי בחופשה בישראל | שיפוי למגוון הוצאות (הוצאות מיון, שירותי רופא פרטי, העברה באמבולנס ועוד) |
| הוצאות רפואיות עקב תאונה | שיפוי 80% ועד 10,000 ₪ |
| שירות רופא פרטי | שיפוי 80% ועד 250 ₪ |
| הוצאות שהיה של בן משפחה | שיפוי 80% ועד 5,600 ₪ |
| היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה | פיצוי בגובה 200 ₪ ליום למשך 60 יום ולאחר כן 1,000 ₪ בשבוע |
| שיפוי בגין הפסקת לימודים מתאונה | שיפוי 80% ועד 12,000 ₪ |
| מוות מתאונה | 150,000 ₪ |
| נכות מתאונה | 150,000 ₪ |



| | |
|---|-------------------------------------|
| 10,000 ₪ | כיסוי לשברים לפי ההגדרה ועד לתקרה |
| 10,000 ₪ | כיסוי לכוויות לפי שיעור ועד לתקרה |
| 100 ₪ | פיצוי יומי באישפוז מתאונה |
| שיפוי 80% ועד 280 ₪ ליום | שיפוי שכר אחות באשפוז |
| 25,000 ₪ | סיעוד מתאונה (כעבור 3 חודשים) |
| 25,000 ₪ | סיעוד מתאונה נוסף (כעבור 12 חודשים) |
| המתנה 60 יום | תקופת המתנה בסיעוד |
| 1. ביטוח תאונות אישיות ומחלות- עד גיל 80 2. ביטוח אי כושר תעסוקתי בעקבות תאונה או מחלה עד גיל 67 3. ביטוח אי כושר תפקודי – ללא הגבלה | תום ביטוח |
| פיצוי בגובה 200 ₪ ליום למשך 60 יום ולאחר כן 1,000 ₪ בשבוע | היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה |



הבהרה – מהו ביטוח סיעודי פרטי ?

לארגון אין תכנית ביטוח סיעודי עליה הוא ממליץ.
המידע הינו כללי ונועד להבהיר לגבי החלופות הקיימות בשוק.

- ⊗ הפרמיה החודשית למבוטח בביטוח סיעודי פרטי נקבעת על פי מין המבוטח וגיל הכניסה לביטוח.
- ⊗ הפרמיה החודשית למבוטח בביטוח סיעודי פרטי קבועה לכל תקופת התשלום לביטוח.
- ⊗ בביטוח סיעודי פרטי **הפיצוי ניתן רק במקרה סיעודי** מלא או חלקי .
- ⊗ בפוליסות של ביטוח סיעודי פרטי יש ערכי סילוק המאפשרים הפסקת תשלום הפרמיה החודשית לאחר מספר שנים וקבלת פיצוי חלקי התלוי במספר שנות התשלום.
- ⊗ חשוב להדגיש כי אין בפוליסות סיעוד ערכי פדיון הניתנים כהחזר כספי למקרה אי תביעה אלא ערכי ביטוח עתידיים למקרה תביעה בלבד !!

דוגמא

עלות חודשית לביטוח סיעודי פרטי עם פיצוי חודשי בסך 4000 ₪ במקרה סיעודי בלבד :

| | | | |
|-------------|---------------|--------------|---------------|
| גבר בגיל 40 | ישלם כ- 119 ₪ | אישה בגיל 40 | תשלם כ- 150 ₪ |
| גבר בגיל 60 | ישלם כ- 325 ₪ | אישה בגיל 60 | תשלם כ- 405 ₪ |
| גבר בגיל 65 | ישלם כ- 430 ₪ | אישה בגיל 65 | תשלם כ- 535 ₪ |

דוגמא

טבלה המבוססת על ערכי סילוק

לפוליסה סיעודית פרטית עם פיצוי של 10,000 ₪ לכל החיים

| גיל | הפיצוי שיתקבל לאחר תשלום במשך 15 שנים בלבד | הפיצוי שיתקבל לאחר תשלום במשך 20 שנים בלבד | הפיצוי שיתקבל לאחר תשלום במשך 30 שנים בלבד |
|-----|--|--|--|
| 35 | 4500 ₪ | בחברת מגדל 5640 ₪ בחברת הפניקס. 5900 ₪ | בחברת מנורה 7300 ₪ ובחברת הראל 7740 ₪ |
| 50 | בחברת הראל 5700 ₪ מגדל יקבל 5300 ₪ ובחברת כלל 5440 ₪ | בחברת הראל 6910 ₪ ובחברת מגדל 6530 ₪. | בגיל 75 יכול להיות שכדאי לשקול ולבטל את התשלום לפוליסה הסיעודית באופן יזום, שכן באם יפסיק לשלם את הפוליסה, עדיין יהיה זכאי לפיצוי חודשי בסך 8060 ₪ מחברת הראל ו-7400 ₪ בחברת מנורה |

***** החישובים נכונים לפברואר 2016**

מכל המספרים האלו עולות כמה עובדות:

- ✓ ערכי הסילוק הם גורם חשוב ביותר בהחלטה על תכנון ורכישת ביטוח סיעודי.
- ✓ רצוי לרכוש ביטוח סיעודי בגילאים צעירים ולא רק בגילאים בהם המודעות לצורך הסיעודי גדלה.
- ✓ **בתכנון נכון, ניתן לחזות את המועד בו יופסקו הפרמיות תוך הבטחת סכום הפיצוי הנחוץ.**
- ✓ ביטוח סיעודי הינו חלק אינטגרלי מכל תכנון פיננסי.

אין לראות במסמך הבהרה זה כהמלצה לרכוש או לא לרכוש ביטוח סיעודי פרטי. על כל חבר סגל מוטלת האחריות לעשות את שיקוליו הוא בהתאם לצרכיו ולמצבו הכלכלי הנוכחי והצפוי.



טופס הצטרפות



ארגון הסגל האקדמי הבכיר
The Senior Faculty Association
אוניברסיטת חיפה
University of Haifa
אבא חושי 199, הר הכרמל חיפה 3498838
199 ABA KHUSHY AVE. MOUNT CARMEL, HAIFA 3498838
fgun_hasege@univ.haifa.ac.il



טופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות קבוצתי חברי הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.
חברים/עובדים ובני משפחותיהם המצטרפים בתוך 90 יום ממועד תחילת הפוליסה 1/11/2014, פטורים מהצטרפת בריאות.

| א. פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | |
|-------------------------|-----------|----------|---------|------------|------------|---------------------------|
| מבוטח | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | המוטבים – במות המבוטח |
| חבר | | | | 0 0 | נ | שם מלא מספר זהות קרבה |
| בן/בת זוג | | | | 0 0 | נ | |
| ילד (עד 21) | | | | 0 0 | נ | |
| ילד (עד 21) | | | | 0 0 | נ | |
| ילד (עד 21) | | | | 0 0 | נ | |
| מבוטח נוסף | | | | 0 0 | נ | |
| קרבה: | | | | 0 0 | נ | |
| מבוטח נוסף | | | | 0 0 | נ | |
| קרבה: | | | | 0 0 | נ | |
| מבוטח נוסף | | | | 0 0 | נ | |
| קרבה: | | | | 0 0 | נ | |
| כתובת מגורים | רחוב | מספר בית | ישוב | מיקוד | מספר טלפון | דואר אלקטרוני |

| ב. פירוט הכיסויים בתכנית הביטוח | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה | <input checked="" type="checkbox"/> שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל |
| <input checked="" type="checkbox"/> פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה | <input checked="" type="checkbox"/> הוצאות רפואיות מיוחדות |
| <input checked="" type="checkbox"/> פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה | <input checked="" type="checkbox"/> חבות כלפי צד ג' |
| <input checked="" type="checkbox"/> ביטוח שבר כתוצאה מתאונה | <input checked="" type="checkbox"/> פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה |
| <input checked="" type="checkbox"/> אירוע כוונה כתוצאה מתאונה | <input checked="" type="checkbox"/> הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה |
| <input checked="" type="checkbox"/> הוצאות רפואיות עקב תאונה | |

| ג. הצהרת בריאות | | | | | | | | | | | |
|--|----|-----------|----|-------|----|-------|----|-------|----|----|----|
| יש למלא רק למצטרפים לאחר ה-1.2.15 או לחברים חדשים שהצטרפו לאחר 90 ימים ממועד תחילת העסקתם/חברותם | | | | | | | | | | | |
| חבר | | בן/בת זוג | | ילד 1 | | ילד 2 | | ילד 3 | | | |
| לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן |
| האם את/ה סובלת/ או סבלת מ- (סמן ב-X) | | | | | | | | | | | |
| אירוע מוח TIA, C.V.A. 5 שנים אחרונות | | | | | | | | | | | |
| האם הנך סובל מפגיעה בשריר הלב | | | | | | | | | | | |
| מחלה ממארת או גידול סרטני (למעט סרטן עור מקומי) ב-5 השנים האחרונות | | | | | | | | | | | |
| האם עברת השתלה בעבר או האם ידוע לך על צורך בהשתלה | | | | | | | | | | | |
| האם הינך מוגבל/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת | | | | | | | | | | | |
| מחלת פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון מערכת עצבים, ניוון רשתית, עיוורון, טרשת נפוצה, אלצהיימר, דמנציה או תהליך דמנטי נכות שנקבעה בשיעור 75% ומעלה | | | | | | | | | | | |
| חולה בסכרת התלויה באינסולין עם פגיעה באיברי מטרה (עיניים, כלי דם, גפיים) | | | | | | | | | | | |



ביטוח תאונות אישיות בחברת "כלל"

הפוליסה קולקטיבית, ההצטרפות הינה וולונטרית (לפי בקשת חבר הסגל) באחריות סוכנות "איתן הורוביץ" ע"י חברת "כלל ביטוח" – חידוש אוטומטי בחודש אפריל.

פרמיה שנתית ליחידה – 296 ₪ בהורדה מהשכר בארבעה תשלומים או בהמחאות.

** ניתן לצרף לביטוח את בן / בת הזוג.

** הביטוח תקף גם בשנת שבתון, בתנאי שאין שינוי במשלח ידו.

1. **מהות הכיסוי**

חבלה גופנית כתוצאה מאירוע פתאומי בלתי צפוי, אשר תגרום ל: מותו או נכותו, חו"ח, של המבוטח אי כושרו הזמני של המבוטח לעסוק בעבודתו, במקצועו או במשלח ידו עפ"י הרשום בהצעת הביטוח, באופן מלא או באופן חלקי.

2. **גבולות הסיכוי**

למקרה מוות חו"ח – 200,000 ₪

למקרה נכות מלאה וקבועה – 200,000 ₪.

פיצוי שבועי במקרה של אי כושר עבודה – 1,200 ₪.

תום כיסוי ביטוחי – גיל 70.

משך הפיצוי 104 שבועות מיום קרות המקרה.

השתתפות עצמית 7 ימים.

* במקרה של תאונה שתצריך אשפוז בבית חולים או הוצאות רפואיות אחרות כדי להחזיר את המבוטח לאיתנו תשלם החברה 900 ₪ לנפגע ע"י קבלות שיומצאו לשביעות רצון החברה.

* הפוליסה מורחבת לכסות היזק גופני עקב נהיגה ברכב מנועי דו-גלגלי.

* הפוליסה מורחבת לכסות הוצאות טיפול שיניים כתוצאה מתאונה המכוסה על פי תנאי הפוליסה עד לסך 1,650 ₪ ועד 550 ₪ לשן.

3. **התנאים המחייבים הינם התנאים הרשומים בפוליסה.**

טופס הצטרפות :

טופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות לשנת 2015/2016 :

מספר יחידות (יש לסמן את כמות היחידות הרצויה לך) : 1 (רק חבר הסגל) ,

2 (כולל בן/בת זוג)

| | | |
|------------|---------|------------|
| בן/בת הזוג | חבר סגל | |
| | | שם מלא |
| | | ת.ז. |
| | | תאריך לידה |

_____ חוג: _____ טלפון פנימי : _____

_____ כתובת : _____ טלפון בבית : _____

_____ טלפון נייד : _____

_____ חתימה : _____ תאריך מילוי הטופס : _____



ביטוח סיעודי אישי / פרטי חברת 'מגדל'

ביטוח סיעודי "דואגים למחר" של חברת מגדל

ביטוח סיעודי אישי בחברת "מגדל" בתנאים מיוחדים לסגל האקדמי הבכיר באמצעות הסוכן מר נמרוד אורן מסוכנות "להבים".

ההצעה כוללת ארבע פוליסות מוצעות :

"דואגים למחר" – שלושה מסלולים לבחירה : פיצוי במשך 5 שנים למקרה סיעודי, פיצוי במשך 8 שנים למקרה סיעודי, פיצוי לכל החיים (ללא הגבלת מספר שנות הפיצוי) למקרה סיעודי, ו"דואגים למחר משלים" – פיצוי לכל החיים הניתן לאחר המתנה של 5 שנים.

תנאים מיוחדים, דגשים והגדרות להסדר המוצע עם חברת "מגדל":

✓ **הפוליסות הינן אישיות ואינן תלויות בקולקטיב.** יש להבהיר, שנוכח הידיעות המתפרסמות בנוגע לתקנות החדשות של המפקחת על הביטוח בנושא ביטול הפוליסות הקולקטיביות של הביטוחים סיעודיים - אין **לארגון הסגל הבכיר** ביטוחים סיעודיים קולקטיבים לכן **ההנחיה לא רלוונטית !!**

✓ חבר הסגל יוכל לבחור, על פי רצונו ובסיוע יעוץ אישי, את המסלול המתאים לו לפי גילו, צרכיו, הביטוחים הקיימים לו והיכולות הכלכליות שלו, עד **סכום פיצוי חודשי של 10,000 ₪**.

✓ **הפוליסה היא לכל החיים!!** (כל עוד המבוטח משלם את הפרמיה הפוליסה שלו לא משתנה)

✓ **הפרמיה הנקבעת עם הכניסה לביטוח** (על פי גילו ומינו של המבוטח) היא **קבועה לכל החיים בהנחה קבועה של 22%**. (למצטרפים עד 1.3.16)

✓ **המחירים נקבעים לפי גיל הכניסה לביטוח –** מצורפת מטה טבלת מחירים לדוגמה (המחירים לאחר ההנחה) **ליחידת פיצוי של 1000 ₪ לחודש:**

✓ **גיל כניסה מרבי גיל 85.**

✓ **רשאים להצטרף לפוליסה הסיעודית האישית חברי הסגל ובני משפחותיהם על פי הגדרת בן משפחה קרוב: חבר/ה סגל, בן/בת זוג, ילדים, בן/בת זוג של הילדים (חתנים וכלות), נכדים, הורים משני הצדדים, אחים ואחיות משני הצדדים, בן/בת זוג של אחים ואחיות (גיסים וגיסות) וילדיהם, שגילם עד גיל 85 שנים.**

✓ בפוליסה יש **ערכי סילוק** המאפשרים הפסקת תשלום הפרמיה החודשית לאחר מספר שנים וקבלת פיצוי חלקי התלוי במספר שנות התשלום. ערכי הסילוק הם גורם חשוב ביותר בהחלטה על תכנון ורכישת ביטוח סיעודי. **ע"י תכנון נכון, ניתן לחזות את המועד בו יפסקו הפרמיות תוך הבטחת סכום הפיצוי הנחוץ.**

✓ רצוי לרכוש ביטוח סיעודי כבר בגילאים צעירים ולא רק בגילאים בהם המודעות לצורך הסיעודי גדלה.

✓ הנחה קבועה בסך 10% למשך כל החיים ולמשך 3 השנים הראשונות ההנחה תהיה 15%.

✓ הנחת "חיתום" בסך 50% לכל החיים.

✓ הצהרת בריאות מקוצרת בלבד.

✓ תעריף קבוע לכל החיים שנקבע ביום הכניסה לביטוח.

✓ ערכי סילוק גבוהים.

תנאים אלו תקפים אך ורק למצטרפים עד 31/1/17. החל מה- 1/2/17 התנאים יכולים להשתנות.

כל הפרטים נמצאים באתר סוכנות להבים : לחצו כאן (מומלץ להיכנס לאתר ולקרוא לעומק את הדברים ולראות את התוכנית בנושא הביטוח הסיעודי של שלי חיימוביץ).

אין לראות במסמך הבהרה זה כהמלצה לרכוש או לא לרכוש ביטוח סיעודי פרטי. על כל חבר סגל מוטלת האחריות לעשות את שיקוליו.

ביטוח סיעודי אישי / פרטי חברת 'הפניקס'

ביטוח סיעודי אישי בחברת "הפניקס" בתנאים מיוחדים לסגל האקדמי הבכיר באמצעות סוכנות מגן-פתרונות פיננסיים ע"י סוכן הביטוח משה מגנזי.

עיקרי התוכנית של חברת "הפניקס"

- ☒ **הכיסוי הסיעודי:** פיצוי חודשי, הסכום שרכש במועד הצטרפותו לביטוח, למקרה בו המבוטח נזקק לעזרתו של אדם אחר בביצוע 3 מתוך 6 הפעולות היומיומיות או 2 מהן אם אחת הינה אי שליטה על הסוגרים או במקרה של תשישות נפש. הפעולות היומיומיות הן: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות.
- ☒ **תקופת הפיצוי -** 5 שנים, 8 שנים או לכל החיים לפי בחירת המבוטח.
- ☒ **סכום הפיצוי החודשי -** לבחירת המבוטח; החל מ- 2,000 ₪ לחודש ועד 20,000 ₪.
- ☒ **מבנה דמי הביטוח -** פרמיה קבועה לאורך כל תקופת הביטוח.
- ☒ **תקופות המתנה -** 36 חודשים, 60 חודשים, עפ"י בחירת המבוטח.
- ☒ **שחרור מתשלום פרמיות -** שחרור מתשלום פרמיית הסיעוד כל עוד מוגדר המבוטח כסיעודי גם בתקופות המתנה ארוכות.
- ☒ **גיל הצטרפות מינימאלי:** 3 שנים
- ☒ **כיסויים נוספים:**
 - ✓ הוצאות שיקום – קיים שיפוי מיוחד לשיקום.
 - ✓ קיים כיסוי למקרה סיעוד למשרתים בשירותי הביטחון (להוציא זכאות לתגמול משרד הביטחון).
 - ✓ קיים כיסוי למקרה סיעודי כתוצאה מהפרעות נפשיות ו/או התמוטטות עצבים.

יתרונות ללקוח:

- קיים כיסוי החל ממועד תחילת הביטוח – ללא תקופת אכשרה.
- פיצוי חודשי ללא צורך בקבלה או הוכחת הוצאות בפועל.
- תשלומים שיתקבלו מגורמים אחרים (כגון ביטוח לאומי) לא יקוזזו מסכום הפיצוי החודשי.
- התכנית מעניקה כיסוי גם אם המצב הסיעודי נגרם עקב תאונת דרכים, תאונת עבודה וטרור .
- תוספת חיתום עד 75% בפרמיה בעקבות מצב רפואי תחשב כאפס.
- סוכנות מגן –משה מגנאזי, מנהלת את התיק הביטוחי והרפואי הכולל של המבוטח ויכולה למצות את כל הזכויות של המבוטח מתוך ראייה כוללת הן עבור בטוח סיעודי והן עבור בטוח בריאות כמוצרים משלימים זה את זה .

**תנאים אלו נכונים למצטרפים עד 31/12/16.
החל מה-1/1/17 התנאים יכולים להיות שונים.**

אין לראות במסמך הבהרה זה כהמלצה לרכוש או לא לרכוש ביטוח סיעודי פרטי. על כל חבר סגל מוטלת האחריות לעשות את שיקוליו.

ביטוח נסיעות חו"ל בחברת הפניקס

פוליסה קולקטיבית המוצעת לחברי ארגון הסגל ובני משפחותיהם (בן / בת זוג, ילדים, הורים, אח/אחות ובני זוגם, נכדים)

- עיקרי הכיסויים המיוחדים בפוליסה המוצעת לחברי ארגון הסגל ובני משפחותיהם (בן/בת זוג, ילדים, הורים, אח/אחות ובני זוגם, נכדים):
- א. **הוצאות אשפוז והוצאות רפואיות בחו"ל עד \$3,000,000** ללא הגבלה לשכר מנתח, עלות יום אשפוז, תרופות וכו'.
 - ב. **הוצאות אשפוז והוצאות רפואיות בחו"ל עד \$600,000** במקרה של החמרה למחלות כרוניות/ החמרה של מחלה קיימת
 - ג. הטסה רפואית לרבות הטסה באמבולנס אווירי לבית חולים קרוב/ לארץ- כלול בגבול אחריות.
 - ד. תקופת ביטוח עד - 365 ימים עם אפשרות ההארכה לתקופות ביטוח נוספות.
 - ה. כיסוי מיוחד לשבתונים - הפוליסה תישאר בתוקף למרות הכניסות לארץ והיציאות ממנה בעת שבתון.
 - ו. משך התקופה להודעה על מחלה/ תאונה לפני יציאה מהארץ - 3 חודשים בלבד.
 - ז. **כיסוי הפסד פיקדון עד 90 יום לפני הנסיעה עד \$6000** .
 - ח. **פיצוי על קיצור נסיעה עד \$10,000** .
 - ט. כיסוי עבור מחשב נישא עד \$2000 .
 - י. **כיסוי עבור כבודה אישית \$3000** , **פיצוי על איחור בהגעת כבודה עד \$500** .
 - יא. **ניתן לרכוש פוליסה ללא כיסוי מטען** - תוענק הפחתה של 10% מדמי הביטוח הבסיסיים ליום למבוטח .

פרמיה לחבילה בסיסית (ללא החמרה במצב בריאות כמוגדר בפליסה):

- | | |
|---------------|--------------------|
| - גילאי 0-30 | \$1.70 ליום ביטוח. |
| - גילאי 31-50 | \$1.90 ליום ביטוח. |
| - גילאי 51-65 | \$2.50 ליום ביטוח. |
| - גילאי 66-71 | \$3.40 ליום ביטוח. |
| - גילאי 72-76 | \$4.70 ליום ביטוח. |
| - גילאי 77-81 | \$6.30 ליום ביטוח. |
| - גילאי 81-85 | \$8.00 ליום ביטוח. |
- הפרמיות גילאי 77-85 הינן פרמיות מינימאליות לפני חיתום פרטני של המבטח.

חשוב לדעת:

ניתן לקבל החזר עבור הביטוח, פעיל - \$0.75 ליום ביטוח וגמלאי \$1.5 ליום ביטוח, התשלום יבוצע בהעברה בנקאית לחשבון הבנק וממוסה בתלוש השכר.

לקבלת החזר יש להעביר פוליסה וקבלה לתהילה ביטוח במייל:
tlevy@univ.haifa.ac.il

אין מסמך זה מהווה תחליף לפוליסה. לצפייה בפוליסה המלאה **לחץ כאן**

באתר הבית של חברת "להבים" המרכז לביטוח קולקטיבי -
<http://www.lcc-ins.com>, בתפריט ביטוח נסיעות חו"ל ניתן למצוא את דף אוניברסיטת חיפה הכולל הפוליסה וכל הטפסים הרלוונטיים לביצוע ביטוח הנסיעה לחו"ל.

להשלמת תהליך עריכת הביטוח לנסיעה לחו"ל ייצרו עמכם קשר מסוכנות הביטוח על מנת לקבל את פרטי כרטיסי האשראי ואישורי הכיסוי ישלחו אליכם במייל חוזר.

לברורים מכל סוג טלפון: 08-6278241, פקס: 08-6654605, מייל:
lccins@gmail.com



ביטוח חיים קבוצתי בבעלות אוניברסיטת חיפה



שלום רב,

הנדון: ביטוח חיים קבוצתי בבעלות אוניברסיטת חיפה

אנו שמחים להודיעך, כי לאחרונה נערך מכרז לביטוח חיים (ריסק) קבוצתי בין חברות הביטוח. במכרז זכתה חברת "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". לפיכך, הפוליסה של ביטוח החיים הקבוצתי שבבעלות אוניברסיטת חיפה תחודש בחברת "הפניקס" החל מיום 1 במאי 2012 לתקופה של שלוש שנים. להלן השינויים המהותיים בפוליסה:

- סכום הכיסוי יעמוד על 420,000 ₪ במקום 286,650 ₪ עד היום.
- הכיסוי כולל גם את בן / בת הזוג ע"פ המפורט בפוליסה, כאשר סכום הכיסוי כמפורט בטבלה הינו 210,000 ₪.
- הפרמיה החודשית שישלם כל מבטוח תהיה זהה לפרמיה ששולמה בעבר, דהיינו 30 ₪ בעוד האוניברסיטה מממנת 42 ₪. ברצוננו לציין כי השינויים הללו הינם תוצאה של מכרז שנערך והינם תקפים לשלוש שנים. אנו מקווים כי נוכל להשיג הישגים כאלה גם במכרזים הבאים.

להלן פירוט הכיסויים בפוליסה:

| פרמיה חודשית למבטוח בש"ח | סכום הביטוח בש"ח | | | | שם הכיסוי |
|--------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | לבו זוג שגילו בעת האירוע 67-75 | לבו זוג שבעת האירוע טרם מלאו לו 67 שנה | לעובד שגילו בעת האירוע 67-75 | לעובד שבעת האירוע טרם מלאו לו 67 שנה | |
| 72 ₪ (כולל בן זוג) | 105,000 | 210,000 | 210,000 | 420,000 | מוות |
| | 105,000 | 210,000 | 210,000 | 420,000 | נכות מוחלטת ותמידית |
| | | 210,000 | | 420,000 | מוות מתאונה* |
| | | 210,000 | | 420,000 | נכות מתאונה |

- במוות מתאונה סכום הביטוח הינו כפול, דהיינו 840,000 ₪ (מוות + מוות מתאונה). תנאי הכיסוי התקפים הינם כפי שמפורטים בפוליסה ונספחיה. הפוליסה תשלח אליך בחודש הקרוב. על מנת שהביטוח יהיה תקף נבקשכם למלא את הנספח המצורף ולהעבירו לאגף משאבי אנוש. לכתב מינוי מוטבים חשיבות רבה לך ולמשפחתך במקרה בו צריך חו"ח לממש את הפוליסה. לכן, אנא הקפידו למלא את כתב מינוי מוטבים מצ"ב כיאות על מנת להימנע מבעייתיות אפשרית בחתימתך האישית.

לתשומת ליבך, הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו ביום 1 במאי 2012.

פרטים נוספים ניתן לראות בקמפוסנט - פורום משאבי אנוש - שאלות ותשובות. ברצוני לנצל הזדמנות זו ולהודות על העבודה שהושקעה ע"י אגף משק ומבנים, מר שלמה זיו וגב' מאי בלוסון בהכנת המכרז, הוצאתו לפועל והשגת התוצאות הטובות. איחולים לבריאות טובה ואריכות ימים ובתקווה כי לא נדרש לנצל פוליסה זו לעולם.

בברכה,
שרה צזנה

העתק: מר ברוך מרזן, סגן נשיא ומנכ"ל
מר שלמה זיו, ראש אגף משק ומבנים
גב' לימור נחום, חברת הפניקס

www.haifa.ac.il שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838, טלפון: 04-8240881, פקס: 04-8249330,
199 Aba-Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838, Israel, Tel: (972)-04-8240881, Fax: (972)-04-8249330

"מצא קבוצה לאתר אוהב ולא תצבור יותר יום בחייתך" - קונוויזיוס