

**טופס בקשת המשך השתייכות לביטוח הרפואי עבור מבוטחים הפורשים לגמלאות  
 וחברים בארגון הסגל האקדמי הבכיר בטכניון.**

על מנת להמשיך להיות מבוטח במסגרת ביטוח הבריאות של הארגון, יש למלא טופס זה ולהעבירו בהקדם למשרדי ארגון הסגל האקדמי הבכיר או לפקס מס' 8232058 04.

אל: ארגון הסגל האקדמי הבכיר

1. פרטי חבר/ת הסגל

	ז / ב			
שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	ת.לידה	מין	מחלקה
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

אבקש להמשיך להיות כלול בביטוח הבריאות של חברי הסגל האקדמי הבכיר בטכניון.

תנאי הביטוח ודמי הביטוח יישארו ללא שינוי ככל שאר המבוטחים.

שם חבר/ת הסגל	ת.ז. חבר/ת הסגל	חתימת חבר/ת הסגל	תאריך

לכבוד: מדור שכר – הטכניון

אבקש לנכות משכרי סך \_\_\_\_\_ ₪ מידי חודש בגין הביטוח הנ"ל, ולהעבירו לידי ארגון הסגל האקדמי בטכניון.

ידוע לי כי סכום זה צמוד למדד הבסיסי שבהסכם הביטוח.

שם חבר/ת הסגל	ת.ז. חבר/ת הסגל	חתימת חבר/ת הסגל	תאריך