

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי של עובדי קרון קיימת לישראל ובני משפחותיהם

אופן ההצטרפות:

עובדים ובני זוגם שגילם עד גיל 67 וכן ילדיהם יוכלו להצטרף לביטוח הבסיסי ו/או להרחיב את הכיסויים ברובד המורחב בין התאריכים 01/03/2022 עד 31/05/2022 באמצעות מילוי טופס ההצטרפות (עמ' 1-2) ללא צורך במילוי הצהרת בריאות (עמ' 3).

הצטרפות לביטוח ללא הצהרות בריאות (עמ' 1-2)

עובדים ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף לביטוח או להרחיב את הכיסויים (להצטרף לרובד המורחב) החל מיום 01/06/2022 ובתום 90 ימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה בכפוף למילוי טופס ההצטרפות והצהרות בריאות (עמ' 1-3).

הצטרפות לביטוח עם הצהרות בריאות (עמ' 1-3)

פרטי העובד/ת עד גיל 67 – מועמד ראשון

שם משפחה	שם פרטי	תאריך תחילת העבודה	תאריך הזמאות לביטוח
תעודת זהות			
דוא"ל	טלפון	ת. לידה	מין
@			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
קופת חולים*		תכנית שב"ן*	
כן, <input type="checkbox"/> שם תכנית		לא <input type="checkbox"/>	

- * אם במעבר בין קופ"ח או ללא תכנית שב"ן-יש לצרף אישור מקופ"ח
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הבסיסי – השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, כתבי שירות והרחבה לתרופה נוספת
- הנני להרחיב את הביטוח ולהצטרף בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני להרחיב את הביטוח ולהצטרף בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן - כיסוי לניתוחים משלים שב"ן, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה

בן/בת זוג של עובד/ת עד גיל 67 – מועמד שני

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
דוא"ל			
@	טלפון	ת. לידה	מין
			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
קופת חולים*		תכנית שב"ן*	
כן, <input type="checkbox"/> שם תכנית		לא <input type="checkbox"/>	

- * אם במעבר בין קופ"ח או ללא תכנית שב"ן-יש לצרף אישור מקופ"ח
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח הבסיסי – השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, כתבי שירות והרחבה לתרופה נוספת
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח ולצרף את בן / בת הזוג בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח ולצרף את בן / בת הזוג בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן - כיסוי לניתוחים משלים שב"ן, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

- מועמד ראשון דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה
- מועמד שני דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה

כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)

רחוב	מספר/ת"ד	יישוב	מיקוד

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הקלוחות בטלפון *5454

חתימה

תאריך

ת.ז

שם העובד/ת

ילדים של עובדים - ילד מגיל 21 ומעלה בפרמיית ילד בוגר

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות	ת. לידה	קופת חולים*	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>

* אם במעבר בין קופ"ח או ללא תכנית שב"ן-יש לצרף אישור מקופ"ח

- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח הבסיסי -השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, כתבי שירות והרחבה לתרופה נוספת
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח ולצרף את ילדי בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח ולצרף את ילדי בנוסף לרובד הבסיסי גם לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן - כיסוי לניתוחים משלים שב"ן, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה

נספח השלמת פרטי התקשרות - יש למלא את הפרטים הבאים עבור ילדי העובד/ת שגילם 25 ומעלה

שם:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	ישוב	מיקוד	דוא"ל

שם:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	ישוב	מיקוד	דוא"ל

שם:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	ישוב	מיקוד	דוא"ל

הבהרה למועמדים לביטוח:

- אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות: לרבות טופס גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דיווח שנתי, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף ומסמכים הנדרשים על פי דין, ביחס לכל פוליסות הבריאות של כל המועמדים בחטיבת הבריאות:
- מסמכים אלו יישלחו באמצעות מסרון לטלפון הנייד, או לדואר האלקטרוני (ככל וברשות חברת הביטוח מצויים הפרטים הנדרשים), אחרת יישלחו לכתובת המגורים שצויינה בטופס ההצטרפות.
- ניתן לשנות את אופן המשלוח, בכל עת, בפנייה למוקד השירות של כלל בטלפון 5590* או באתר האישי.
- הפרטים האישיים שמסרתי כמפורט לעיל (מספר טלפון ניח ו/או מספר טלפון נייד ו/או כתובת דואר אלקטרוני), יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל עבור כל המוצרים הקיימים לי בקבוצה וישמשו לפניות אליי.

חתימה

תאריך

ת.ז

שם העובד/ת

הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותיי על פי הפוליסה להיפגע.
3. אני מאשר כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה, וזאת עבורי ועבור בני משפחתי ככל שהם מצטרפים לביטוח.
4. **למבוטחים במסלול מורחב מעל השב"ן**

ידוע לי כי

- 4.1 הכיסוי במסלול פרק הניתוחים מעל השב"ן (להלן "הפרק") מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים), כלומר המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפרק.
- 4.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- 4.3 דמי הביטוח בפרק זה נמוכים מדמי הביטוח בפרק הניתוחים המורחב – מסלול מלא, הכולל כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (להלן: 'ביטוח מהשקל הראשון'), ואשר תגמולי הביטוח המשולמים במסגרתו הם בלא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
- 4.4 בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי במסלול מהשקל הראשון, בתוך 60 יום ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין השניים.
5. **הרשאה לחיוב השכר**

אני החתום מטה מבקש לבטח אותי, את בן/ת זוגי ואת ילדיי בביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קק"ל ובני משפחותיהם כמפורט לעיל. בחתימתי על מסמך זה הריני מתחייב/ת כספית כלפי קק"ל ומורה לה לנכות ממשכורתי ולהעביר מדי חודש בחודשו את דמי ביטוח רפואי עבורי ועבור בני משפחתי אשר שמם מצוין לעיל, בתשלומים רצופים צמודים למדד, לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שסוכמו בהסכם בין כלל ביטוח לבין קק"ל, ולשלם הניכויים הללו ל"כלל חברה לביטוח בע"מ".

6. חתימות החברה/ ובני המשפחה המצטרפים להסכם שגילם 18 ומעלה

שם	ת.ז.	תאריך	חתימה	העובד/ת
_____	_____	_____	_____ 	בן/ת הזוג
_____	_____	_____	_____ 	ילד/ה מעל גיל 18
_____	_____	_____	_____ 	ילד/ה מעל גיל 18

הצהרת בריאות לביטוח בריאות עבור עובדי קק"ל ובני משפחותיהם

יש למלא את הצהרת הבריאות עבור המועמדים לביטוח בלבד **רק** במקרים הבאים:
לעובדים ובני משפחותיהם המבקשים להצטרף לביטוח או לרובד המורחב במיום 01/07/2022 ובחלוף 90 יום ממועד תחילת עבודתם.

שם המבוטח:												
גובה:												
משקל:												
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:												
עובד/ת		בן/ת זוג		ילד/ה 1		ילד/ה 2		ילד/ה 3		ילד/ה 4		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												1. מערכת העצבים ו/או המוח ו/או הנפש לרבות אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, פרקינסון, תשישות נפש אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD, טרשת נפוצה, גושה, ניוון שרירים, הפרעות נפשיות, דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, בעיות התפתחות ו/או בעיות גדילה.
												2. מחלות כבד, דרכי מרה, לבלב, טחול, הרניה מכל סוג. מערכת העיכול, בעיות בפי הטבעת ו/או רקטום מחלות דרכי השתן כולל כליות וערמונית, מערכת הריאות ודרכי הנשימה.
												3. מחלות יתר ל.ד., לב וכלי דם, מחלות חילוף חומרים, סכרת, שומנים, מחלות אנדוקריניות, בלוטות, FMF, גאוק, מחלות בדם ו/או במערכת החיסון לרבות אנמיה, קרישת דם, מחלות זיהומיות, שחפת, איידס, נשאות איידס.
												4. מערכת השרירים והשלד, פגיעה בעמ"ש ופרקים, מחלות ראומטיות, אוסטיאופורוזיס/ בריחת סידן, החלפת מפרקים, ארטריטיס, פיברומיאלגיה, לופוס.
												5. מחלה ממארת ו/או גידול סרטני גידול שפיר ו/או טרום סרטני. מחלות אף אוזן גרון, דום נשימה בשינה, ראייה ועיניים, מין, עור, גידולי עור ונגעי עור, פסוריאזיס.
												6. האם סובל מום מולד ו/או תאונתי, מחלה כרונית, קיימת נכות כלשהי ו/או הינך בתהליך לקבלת נכות.
												7. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או נמצא בברור רפואי כלשהוא. האם אושפזת בבית חולים ב 5 שנים האחרונות? האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או מועמד לניתוח, האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקה פולשנית ו/או הדמיה?
												8. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירני, כעת בהריון, בעיות פריון (גם אצל גברים), אשך טמיר, וריקוצלה.
												9. האם את/ה מוגבלת/ת בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתרחץ, ללכת ולתפקד ללא עזרה? האם את/ה מקבלת ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי?
												10. הרגלי עישון: האם הינך מעשן? אם כן, סגירות ליום במשך _____ שנים.
												11. האם הינך צורך/ת אלכוהול או האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר? צרכת בעבר?

פירוט:

שם	ת.ז	תאריך	חתימה	העובד/ת
_____	_____	_____	_____	העובד/ת
_____	_____	_____	_____	בן/ת הזוג
_____	_____	_____	_____	ילד/ה מעל גיל 18
_____	_____	_____	_____	ילד/ה מעל גיל 18