

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

אופן ההצטרפות:

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

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

עובדים חדשים ובני זוגם שגילם עד גיל 67 וכן ילדיהם יוכלו להצטרף לביטוח הבסיסי או הבסיסי והמורחב במהלך 90 ימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה באמצעות מילוי טופס ההצטרפות (עמ' 1-2) ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום (עמ' 3).

עובדים ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף לביטוח או להרחיב את הכיסויים (להצטרף לרובד המורחב) בחלוף חלון כפוף למילוי טופס ההצטרפות והצהרות בריאות (עמ' 1-3).

פרטי העובד/ת עד גיל 67

שם משפחה	שם פרטי	תאריך תחילת עבודה	תעודת זהות
ישוב	רחוב ומספר	מיקוד	דוא"ל
טלפון			
נ / ז	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית		
מין	קופת חולים	משלים קופת חולים	תאריך לידה

- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הבסיסי - השתלוח בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, וכתבי שירות.
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני מעוניין להצטרף 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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
ישוב	רחוב ומספר	מיקוד	דוא"ל
טלפון			
נ / ז	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית		
מין	קופת חולים	משלים קופת חולים	תאריך לידה

- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח הבסיסי - השתלוח בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, וכתבי שירות.
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן - כיסוי לניתוחים משלים שב"ן, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה

ילדים של עובדים - ילד מגיל 21 ומעלה בפרמיית ילד בוגר

מין	תאריך לידה	ת. זהות	שם הילד
נ / ז			1.
נ / ז			2.
נ / ז			3.

- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח הבסיסי - השתלוח בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל, שירותים אמבולטוריים, וכתבי שירות.
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מהשקל הראשון - כיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן - כיסוי לניתוחים משלים שב"ן, טיפולים מחליפי ניתוח וכתב שירות רפואה

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 זכויותי 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

5. אני החתום מטה מבקש לבטח אותי, את בן/ת זוגי ואת ילדיי בביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קק"ל ובני משפחותיהם כמפורט לעיל.
בחימתי על מסמך זה הריני מתחייב/ת כספית כלפי קק"ל ומורה לה לנכות ממשכורתני 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 שסוכם 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

חתימה	תאריך	ת.ז.	שם	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 בק במקרים הבאים:
לעובדים ובני משפחותיהם המבקשים להצטרף לביטוח או לרובד המורחב בחלוף 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, גאט, 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, פיברומיאליגיה, 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 שריני, כעת בהריון, בעיות פרויון (גם אצל גברים), אשך טמיר, וריקוצלה.
												9. האם את/ה מוגבל/ת בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתרחץ, ללכת ולתפקד ללא עזרה? האם את/ה מקבל/ת ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי?
												10. הרגלי עישון: האם הינך מעשן? אם כן, _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים.
												11. האם הינך צורך/ת אלכוהול או צרכת בעבר? האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר?

פירוט:

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

נספח השלמת פרטי התקשרות למועמדים לביטוח

חובה למלא את הפרטים הבאים עבור בן/בת זוג של העובד וכן עבור בני משפחה נוספים בגילאים 25 ומעלה

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

				שם המועמד:
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	עיר	כתובת (רחוב ומס' בית)

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 נייד 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.

חתימת המועמד הראשי לביטוח:

שם המבוטח
ת.ז.
תאריך
חתימה

