

**טופס בקשה לביטול ביטוח הבריאות הנוכחי
והצטרפות לביטוח החדש
לעובדי קרן קיימת לישראל ובני משפחותיהם**

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' עובד	תעודת זהות

אני, החתום מטה, המבוטח בביטוח הקבוצתי הנוכחי של עובדי קרן קיימת לישראל (להלן: "הביטוח הנוכחי") מבקש לעבור ולהיות מבוטח בביטוח הבריאות הקבוצתי החדש לעובדי קק"ל (להלן: "הביטוח החדש"), מצהיר בזאת:

1. אני מאשר/ת כי קראתי את דף המידע המהותי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה.
2. ידוע לי כי במסגרת הביטוח החדש, המעסיק יממן עבורי את הפרמיה בגין ביטוח הבריאות הבסיסי והמורחב, לרבות ביטוח מחלות קשות, וזאת כולל גילום שווי המס בגין ההטבה ויגבה את הפרמיה בגין בני משפחתי, ככל ומבוטחים מהשכר.
3. ידוע לי כי בפרק הניתוחים בישראל, במסגרת הביטוח החדש ובהתאם להוראות הרגולציה הרלבנטית, בוטלה האפשרות לקבלת שיפוי בגין בחירת מנתח והאפשרות לקבלת פיצוי בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות חברת הביטוח.
- בהתאם לפוליסה החדשה, הכיסוי לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ניתן באמצעות מנתח הכלול ברשימת המנתחים של חברת הביטוח בלבד ובכפוף לפניה מוקדמת לחברת הביטוח להנפקת כתב התחייבות למנתח.
4. ברצוני לבטל את הכיסוי הביטוחי במסגרת הביטוח הנוכחי עבורי ועבור בני משפחתי ככל ומבוטחים עמי ולצרף אותי ואת בני משפחתי ככל ומבוטחים, לביטוח החדש וזאת בהתאם לרובד הביטוחי בו בוטחנו עד היום, וברצף ביטוחי ביחס לכיסויים החופפים, ללא צורך בהצהרת בריאות ו/או הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה.
5. ידוע לי כי באפשרותי להרחיב את הכיסויים לבני המשפחה באמצעות מילוי טופס הצטרפות בהליך נפרד מול סוכנות הביטוח.

חתימה

תאריך
